

REPUBBLICA ITALIANA

**BOLLETTINO**  **UFFICIALE**  
**DELLA REGIONE PUGLIA**

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB S1/PZ

Anno XLIV

BARI, 21 MAGGIO 2013

N. **69**



*Sede Presidenza Giunta Regionale*

*Deliberazioni del Consiglio e della Giunta*

## **Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.**

### ***Nella parte I sono pubblicati:***

- a) sentenze ed ordinanze della Corte Costituzionale riguardanti leggi della Regione Puglia;
- b) ricorsi e sentenze di Organi giurisdizionali che prevedono un coinvolgimento della Regione Puglia;
- c) leggi e regolamenti regionali;
- d) deliberazioni del Consiglio Regionale riguardanti la convalida degli eletti;
- e) atti e circolari aventi rilevanza esterna;
- f) comunicati ufficiali emanati dal Presidente della Regione e dal Presidente del Consiglio Regionale;
- g) atti relativi all'elezione dell'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea, della Giunta regionale, delle Commissioni permanenti e loro eventuali dimissioni;
- h) deliberazioni, atti e provvedimenti generali attuativi delle direttive ed applicativi dei regolamenti della Comunità Europea;
- i) disegni di legge ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 19/97;
- j) lo Statuto regionale e le sue modificazioni;
- k) richieste di referendum con relativi risultati;
- l) piano di sviluppo regionale con aggiornamenti o modifiche.

### ***Nella parte II sono pubblicati:***

- a) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale;
- b) deliberazioni della Giunta regionale;
- c) determinazioni dirigenziali;
- d) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale in veste di Commissario delegato;
- e) atti del Difensore Civico regionale come previsto da norme regionali o su disposizioni del Presidente o della Giunta;
- f) atti degli Enti Locali;
- g) deliberazioni del Consiglio Regionale;
- h) statuti di enti locali;
- i) concorsi;
- j) avvisi di gara;
- k) annunci legali;
- l) avvisi;
- m) rettifiche;
- n) atti di organi non regionali, di altri enti o amministrazioni, aventi particolare rilievo e la cui pubblicazione non è prescritta.

## **INSERZIONI**

Gli atti da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 14,62 salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo, dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista e da 1 copia in formato elettronico firmata con procedura digitale.

Gli avvisi da pubblicare ai sensi della L.R. n. 11/2001 sono gratuiti.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 185,93 comprensivo di IVA, per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 13,63 comprensivo di IVA, per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 50 battute (o frazione).

Il versamento deve essere effettuato sul c/c/p n. **60225323** intestato a **Regione Puglia - Tasse, Tributi e Proventi regionali - Codice 3119**.

Non si darà corso alla pubblicazione senza la predetta documentazione.

## **ABBONAMENTI**

L'abbonamento, esclusivamente annuo, è di € 134,28 da versare su c/c/p n. **60225323** intestato a **Regione Puglia - Tasse, Tributi e Proventi regionali - Codice 3119**.

I versamenti effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo, mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 3° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

**Costo singola copia € 1,34.**

**Il Bollettino Ufficiale è in vendita presso:**

**Libreria Piazza - Piazza Vittoria, 4 - Brindisi;**

**Libreria Patierno Antonio - Via Dante, 21 - Foggia;**

**Libreria Casa del Libro - Mandese R. - Viale Liguria, 80 - Taranto.**

<b>SOMMARIO</b>
-----------------

*“Avviso per i redattori e per gli Enti:*

*Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.*

PARTE SECONDA

***Deliberazioni del Consiglio e della Giunta***

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
23 aprile 2013, n. 775

**Recepimento dell’Intesa (Repertorio Atti n.259/CSR del 20 dicembre 2012), ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento”, in attuazione dell’articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.**

Pag. 16668

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
23 aprile 2013, n. 779

**Delibera CIPE n.35/2005 – A.P.Q. “Studio di Fattibilità” relativo alla “redazione del piano di emergenza straordinario della gestione dei fanghi derivanti dalla depurazione dei reflui urbani, nonché della definizione delle linee guida per l’individuazione delle migliori strategie di gestione”. Presa d’atto e pubblicazione.**

Pag. 16719

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
23 aprile 2013, n. 780

**Accordo di Programma Quadro rafforzato nel “Settore Idrico-Depurazione”. Presa d’atto ed approvazione dell’elenco degli interventi proposti per il finanziamento con le risorse di cui alle Delibere CIPE n. 62/11 e n. 79/12.**

Pag. 16721

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
23 aprile 2013, n. 794

**Deliberazione di G.R. n. 1575 del 04/09/2008 avente ad oggetto P.O. Puglia FSE 2007/2013: Atto di programmazione per l’attuazione degli interventi di competenza regionale e per il conferimento di funzioni alle Province pugliesi –modificazione termini D.G.R n. 2868 del 20/12/2012: ULTERIORE MODIFICAZIONE TERMINI**

Pag. 16725

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
23 aprile 2013, n. 795

**Deliberazione di Giunta Regionale n. 195 del 31.01.2012 “Linee Guida per l’Accreditamento degli Organismi Formativi” e s.m.i.: modificazioni e contestuale approvazione di Circolare esplicativa.**

Pag. 16727

## PARTE SECONDA

*Deliberazioni del Consiglio e della Giunta*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 775

**Recepimento dell'Intesa (Repertorio Atti n.259/CSR del 20 dicembre 2012), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.**

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 1 "Accreditamenti", confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, riferisce quanto segue.

L'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato – Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni.

L'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, del 3 dicembre 2009 (rep. N.243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute 2010 – 2012, all'articolo 7, comma 1, prevede la stipula, nel rispetto degli obiettivi programmatici di finanza pubblica, di un'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni, ai sensi del predetto articolo 8, comma 6, della legge n.131 del 2003, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Per le suddette finalità, relativamente alla tematica dell'accreditamento, è stato istituito un apposito Tavolo per la revisione della normativa in materia di accreditamento presso il Ministero della

salute, con la partecipazione di esperti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Al termine dei propri lavori il Tavolo ha predisposto un documento definito "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", con cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie debbono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale.

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, tenuto conto del documento predisposto dal predetto Tavolo, nella seduta del 20 dicembre 2012 ha sancito l'Intesa (Repertorio Atti n.259/CSR), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010- 2012 (Repertorio Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).

Ai sensi dell'Intesa in oggetto, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si impegnano a recepire la stessa entro sei mesi dalla data di approvazione. Le modalità ed i tempi di adeguamento ai contenuti del predetto documento, di cui si propone il recepimento, saranno definite, entro dicembre 2013, dal Tavolo tecnico di cui al paragrafo 5 del documento medesimo, istituito presso il Ministero della Salute.

Per quanto innanzi esposto, si propone, dunque, di recepire l'Intesa sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n.259/CSR, che costituisce l'allegato A, composto da n.59 pagine, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione), sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, disponendo la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

**COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L. R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L. R. n. 7/97 art. 4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

#### LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio n. 1 "Accreditamenti" e dal Dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

#### DELIBERA

per quanto esposto in narrativa, che qui si intende integralmente riportato,

1. di recepire l'Intesa sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n.259/CSR che costituisce l'allegato A, composto da n.59 pagine, che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione), sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010- 2012;
2. di dare mandato al Dirigente del Servizio AccREDITamento e Programmazione Sanitaria di assumere tutte le iniziative necessarie a garantire, da parte degli uffici competenti, l'applicazione della predetta Intesa;
3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L. R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Angela Barbanente



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).

Rep. n. *258/CSA* DEL *20/12/2012*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 20 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, che prevede che Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'intesa di questa Conferenza del 3 dicembre 2009 (Rep. n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute 2010-2012 che, all'articolo 7, comma 1, prevede la stipula, nel rispetto degli obiettivi programmatici di finanza pubblica, di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi del predetto articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie;

VISTA la nota in data 26 ottobre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta d'intesa indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data 2 novembre 2012, con la quale la proposta di intesa è stata diramata alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la nota in data 5 novembre 2012, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha chiesto il differimento della riunione tecnica convocata per il giorno 7 novembre 2012 al fine di poter svolgere ulteriori approfondimenti;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 27 novembre 2012, le Regioni e le Province autonome hanno formulato una serie di richieste emendative;

VISTA la lettera del 10 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva della proposta di intesa di cui trattasi, che tiene conto delle richieste avanzate dalle Regioni durante la suddetta riunione tecnica;

VISTA la nota in data 11 dicembre 2012, con la quale l'anzidetta definitiva versione è stata diramata;

VISTA la nota in data 12 dicembre 2012, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'avviso tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

#### SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nei termini di seguito riportati:

Considerati:

- gli articoli *8bis*, *8ter*, e *8quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1999, n. 502 e successive modificazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;
- il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" pubblicato sul Supplemento ordinario alla G.U. n. 42 del 20 febbraio 1997, che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate in termini metodologici e che prevede, tra i requisiti generati richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un definito insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", pubblicato sul Supplemento ordinario alla G.U. n. 33 dell'8 febbraio 2002;

- l'intesa sancita questa Conferenza concernete il Patto per la Salute 2006-2008 nella seduta del 5 ottobre 2006 (Rep. Atti n 2648) che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernete l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera, pubblicata sulla G.U. dell'Unione Europea del 4 aprile 2011 n. 88/45;

Tenuto conto che:

- per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuali con i Livelli Essenziali di Assistenza, l'accreditamento è strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione;
- il complesso sistema dell'autorizzazione/accreditamento si è sviluppato definendo percorsi normativi differenziali tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, così come rilevato dai documenti tecnici predisposti dall'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e che si è determinata la necessità di condividere gli elementi principali del sistema nelle loro caratteristiche comuni anche in considerazione dei recenti indirizzi europei;
- in questa prima fase, ai sensi del citato articolo 7. comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012, con la presente intesa si intende promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento;
- per le suddette finalità relativamente alla tematica dell'accreditamento è stato istituito un apposito Tavolo per la revisione della normativa in materia di accreditamento presso il Ministero della salute con la partecipazione di esperti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;
- al termine dei propri lavori il Tavolo, ha predisposto un documento definito "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", con cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie debbono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale;

SI CONVIENE

sul documento recante "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", Allegato sub A, parte integrante del presente atto, nei seguenti termini:

1. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire la presente intesa entro sei mesi dalla data di approvazione. Le modalità ed i tempi di adeguamento ai contenuti nel predetto documento, allegato sub A, saranno definite, entro dicembre 2013, dal Tavolo tecnico di cui al paragrafo 5 del documento medesimo;
2. le attività di cui al richiamato paragrafo 5 sono affidate al Tavolo di lavoro da istituire, entro 30 giorni dalla stipula della presente intesa, presso il Ministero della salute, senza oneri a carico della finanza pubblica. Tale Tavolo sarà coordinato dal Capo della Segreteria Tecnica o da altro rappresentante del Ministro e composto da rappresentanti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;
3. dall'attuazione della presente intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e le attività previste dalla presente intesa devono essere realizzate con le risorse umane, strumentali e finanziarie già previste dalla normativa vigente.

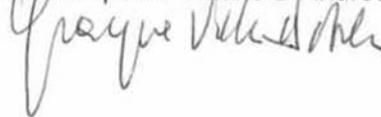
IL SEGRETARIO

Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE

Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea



**Allegato A)**

**DISCIPLINARE PER LA REVISIONE DELLA NORMATIVA  
DELL'ACCREDITAMENTO**

**Indice**

Toc341885685

**1. Premessa**

**2. Metodologia**

**3. Requisiti per l'Accreditamento istituzionale/Autorizzazione**

**4. Verifiche: Modalità, strumenti e responsabilità**

**5. Modalità di coordinamento**

## 1. Premessa

Il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini, con l'assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vede l'accreditamento come uno strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate, laddove il concetto di qualità presuppone l'adeguatezza delle diverse dimensioni componenti.

Il modello di accreditamento emerso dalla storia nei diversi Paesi, si configura come un processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un "organismo esterno", con l'obiettivo di verificare l'adesione a predeterminati requisiti correlati alla qualità dell'assistenza.

Tale sistema incentiva l'autovalutazione e il miglioramento, basato su criteri periodicamente aggiornati e verificato da valutatori appositamente formati.

In Italia, l'accreditamento ha carattere istituzionale ed è obbligatorio al fine di poter essere ammessi al finanziamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN); le Regioni e le Province Autonome hanno il compito di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i potenziali soggetti erogatori in nome e per conto del SSN.

L'accreditamento, quindi, oltre ad avere una funzione regolatoria, è uno strumento di garanzia dei livelli di qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Nella definizione del concetto di accreditamento data dall'*American College of Surgeon*<sup>1</sup> nel 1918 sono evidenziabili alcuni aspetti che possono essere ancora utili tracce di riflessione per il nostro sistema di accreditamento:

- *le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del proprio lavoro - il modello viene immaginato sin da subito come un sistema a più livelli (da quello minimo a quello cum laude)*
- *e istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento - può essere letto come riconoscimento da parte della comunità scientifica e della popolazione*
- *i cittadini avranno a disposizione strumenti per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina - la trasparenza verso i cittadini come uno degli elementi chiave della qualità.*

A livello nazionale si rileva la particolare attenzione posta alla tematica da alcuni importanti provvedimenti<sup>2</sup> che hanno contribuito a chiarirne alcuni aspetti, confermando la scelta fondamentale di un'adozione non meramente formale dell'accreditamento nelle realtà regionali.

Il sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale rappresenta uno strumento di miglioramento continuo della qualità e un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori per conto del SSN, caratterizzato dalla necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti che sono

<sup>1</sup> nel 1913 venne fondato l'*American College of Surgeon*, che nel 1918 definì il primo sistema di Accredimento degli Ospedali stilando i primi cinque standard di valutazione della qualità degli ospedali

<sup>2</sup> Protocollo d'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Patto per la Salute siglato il 28 settembre 2006; Legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2007"; Legge 6 agosto 2008 n. 133 conversione in legge con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria"; Intesa, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute siglato il 3 dicembre 2009; Legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2010"

direttamente correlati ai livelli di qualità attesi, nonché dalla temporaneità del riconoscimento di adeguatezza agli stessi, che richiede una periodicità di controlli. In particolare il sistema mira a promuovere l'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione. La "definizione" e la "gestione" di questo complesso sistema che richiede l'individuazione dei requisiti, la definizione delle procedure e delle modalità di verifica e controllo, è, demandato alle Regioni e alle Province. Autonomie ed ha comportato una differente evoluzione dei percorsi normativi e l'adozione di diverse modalità di implementazione.

La fase attuale registra quindi la necessità, rappresentata sia in ambito nazionale che regionale, di una condivisione degli elementi pregnanti del sistema, anche in considerazione dei recenti indirizzi europei, volti a promuovere, all'interno di un comune quadro di riferimento politico e strategico, meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione Europea. La Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, infatti, stabilisce un quadro di norme per agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera, garantendo la mobilità dei pazienti conformemente ai principi sanciti dalla giurisprudenza della Corte di giustizia e promuovere la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria, nel pieno rispetto delle competenze degli Stati membri.

In questo scenario è maturata l'esigenza di favorire la realizzazione di un nuovo modello condiviso, che tenga conto delle più avanzate esperienze disponibili, dalle quali emerge la necessità di dare nuova definizione all'oggetto dell'accreditamento, definendo un uniforme sistema di requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private; ciò significa da un lato mantenere l'attenzione sulla dimensione strutturale e dall'altro valorizzare i determinanti che consentono un adeguato sistema di governo delle funzioni assistenziali.

Relativamente all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private sarà predisposto, dal Tavolo di lavoro di cui al paragrafo 5 del presente documento, uno specifico documento.

Il Patto per la Salute 2010-2012, all'articolo 7, impegna, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, Stato e Regioni a sancire un'intesa finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, che contenga indicazioni tecniche capaci di offrire una risposta alla condivisa esigenza di garantire maggiore qualità nei percorsi assistenziali.

## **2. Metodologia**

Per dare attuazione alle disposizioni dell'art.7 del Patto per la Salute 2010-2012, il Ministero della salute ha attivato un Tavolo di lavoro costituito da rappresentanti del Ministero, dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s), delle Regioni e Province Autonome.

Il Tavolo di lavoro ha predisposto un documento, con il quale sono state individuate alcune caratteristiche comuni per l'accreditamento istituzionale (ovvero per l'autorizzazione nel caso in cui le Regioni e le Province Autonome le abbiano ricomprese in tale materia), ai fini della revisione della normativa. Tale documento ha fatto propri i risultati di un ampio lavoro di confronto e condivisione promosso dall'Age.na.s, in collaborazione con Regioni e Province Autonome e Ministero, che si fondava su una ricognizione dei manuali adottati ed in uso nelle varie Regioni e Province Autonome e l'analisi di sistemi di accreditamento internazionali.

Il documento è organizzato definendo, per ciascun requisito o gruppi di requisiti, l'obiettivo che deve essere perseguito ed il rationale su cui si basa ed è corredato da un elenco di evidenze utili a dimostrare la conformità ai requisiti medesimi. Tali evidenze sono da intendersi a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Alla luce del mandato del Ministro della salute, il Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento (TRAC) ha assunto i requisiti per l'accreditamento istituzionale oggetto del documento, ritenendoli essenziali per l'accreditamento "istituzionale" e comuni a tutti i sistemi regionali. Tali requisiti dovranno quindi essere contenuti nella normativa di riferimento di ogni Regione e Provincia Autonoma e, successivamente, valutati con modalità omogenee sul territorio nazionale, ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie.

### 3. Requisiti per l'accreditamento istituzionale/autorizzazione

#### **1° Criterio**

##### ***Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie***

*"Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"*

Per corrispondere a tale criterio, ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;*
2. *programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;*
3. *definizione delle responsabilità;*
4. *modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, dati);*
5. *modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi;*
6. *modalità di prevenzione e gestione dei disservizi.*

**1° Criterio****Requisito 1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto****Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che un'organizzazione sanitaria abbia un processo di pianificazione e programmazione delle attività orientate al miglioramento continuo della qualità. La programmazione e la pianificazione devono tradursi in un piano organizzativo ben articolato, che rifletta gli orientamenti strategici dell'organizzazione e sia in grado di aiutare l'organizzazione ad operare secondo criteri di efficienza, efficacia e qualità e di supportare ciascun operatore a condividere la stessa missione, visione, obiettivi e valori.

**Razionale**

La pianificazione, la programmazione e l'organizzazione delle attività di assistenza e di supporto devono riflettere i bisogni sanitari della popolazione che insiste sul territorio di riferimento. I bisogni sanitari tendono a modificarsi nel corso del tempo e, quindi, un'organizzazione sanitaria deve essere in grado di rimodulare i propri obiettivi e la propria organizzazione per garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni.

I piani organizzativi descrivono le cure e i servizi da erogare in conformità alla *mission* e agli orientamenti strategici dell'organizzazione.

**Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza del Piano Strategico aziendale, che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie;
- la presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto;
- la presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali.

## **1° Criterio**

### **Requisito 1.2: programmi per lo sviluppo di reti assistenziali**

#### **Obiettivo**

L'obiettivo è quello di dare piena attuazione alla centralità del paziente promuovendo la cooperazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle cure, rafforzando l'innovazione, la ricerca, e la sorveglianza epidemiologica. L'integrazione consente di accrescere le competenze, condividere le informazioni, le buone pratiche e l'*expertise* ed ottimizzare l'uso delle risorse.

#### **Razionale**

In tutti i sistemi sanitari avanzati lo sviluppo di reti assistenziali integrate (Ospedali-ospedali; ospedali-territorio) rappresenta il modello di risposta più idoneo per rispondere alle problematiche assistenziali correlate sia alla gestione delle emergenze, sia alla gestione delle patologie croniche. Sviluppare reti assistenziali integrate significa attuare sinergie di progetti di cura e di modelli organizzativi al cui centro devono restare i bisogni del paziente, in particolar modo del paziente fragile.

L'organizzazione relazionale riguarda la realizzazione di scambi riferiti ad aspetti tecnico-professionali ed organizzativi (protocolli, linee-guida, procedure, team mobile di professionisti qualificati, programmi di ricerca e formazione) e si potranno attuare attraverso l'utilizzo degli strumenti ICT disponibili (teleconsulto e telemedicina nelle sue varie modalità). L'integrazione e la costruzione di *network* assistenziali è inoltre collegata agli impegni che tutti i paesi UE devono prevedere in relazione alla *Direttiva 24/2011 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)
- la realizzazione di reti assistenziali che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarietà) e promozione di modelli di continuità, garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie;
- la realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";
- la partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali.

**1° Criterio****Requisito 1.3: definizione delle responsabilità****Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che siano stati definiti i ruoli, le responsabilità e i canali di comunicazione per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione e dei processi.

**Razionale**

All'interno di un'organizzazione, vengono identificati gruppi di professionisti responsabili dell'erogazione di servizi sanitari e della loro qualità e sicurezza.

Le responsabilità devono essere descritte in un documento che indichi anche le modalità di valutazione delle performance dei responsabili sulla base di specifici criteri propri della struttura sanitaria e uniformi a livello regionale. Una rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega deve essere effettuata periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.

**Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza nell'azienda di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti;
- la presenza di una documentabile attività di rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.

## **1° Criterio**

### Requisito 1.4: modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che i dati e le informazioni soddisfino le necessità dell'organizzazione e supportino l'erogazione di prestazioni e servizi di qualità, nonché il diritto dei cittadini ad acquisire informazioni trasparenti in particolare circa la gestione delle liste di attesa.

#### **Razionale**

La capacità di acquisire e fornire informazioni richiede modalità e strumenti di gestione in grado di far propri gli input provenienti da svariate fonti: cittadini, operatori sanitari, responsabili dell'organizzazione sanitaria, tutti i soggetti esterni all'organizzazione che necessitano o richiedono dati e informazioni sulle attività e i processi assistenziali dell'organizzazione anche ai fini di quanto indicato nella Direttiva europea 24/2011

I principi relativi alla corretta gestione delle informazioni sono gli stessi a prescindere dalla dimensione e dal tipo dell'organizzazione e dalla complessità del sistema informativo. La gestione delle informazioni richiede l'evidenza di un approccio pianificato che identifichi i fabbisogni informativi dell'organizzazione.

Il formato e i metodi per la divulgazione di dati e informazioni sono personalizzati secondo le aspettative dell'utente ma devono, comunque, garantire una comparabilità dei dati a livello regionale, nazionale ed europeo.

La qualità delle informazioni e dei dati deve inoltre essere monitorata in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;
- la presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;
- la presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;
- la formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.

## **1° Criterio**

### Requisito 1.5: modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è contribuire al miglioramento della qualità dei processi di erogazione delle prestazioni attraverso lo sviluppo di una cultura della valutazione della qualità dei servizi e l'implementazione di un sistema strutturato di valutazione.

#### **Razionale**

La valutazione (di struttura, processo ed esito) della qualità dell'assistenza sanitaria aiuta le organizzazioni a migliorare l'erogazione dell'assistenza, ridurre i rischi e nel contempo a migliorare l'efficienza dei processi e l'utilizzo delle risorse.

Le attività di valutazione devono essere inserite all'interno di un quadro di riferimento per la valutazione multidimensionale, sistematica e strutturata della qualità dei servizi (in termini di efficacia, appropriatezza, sicurezza, equità, efficienza, soddisfazione degli utenti) finalizzata a migliorare la performance dei processi clinici e manageriali.

La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con le attività di valutazione esterna, che devono essere parallele e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti);
- l'assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi;
- l'impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, *mortality & morbidity review*;
- la documentazione delle attività di valutazione;
- l'esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza);
- la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;
- l'utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance.

**1° Criterio****Requisito 1.6: modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi****Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che le organizzazioni sanitarie siano in grado di gestire correttamente il disservizio al fine di contribuire a salvaguardare l'efficacia, l'efficienza e l'immagine dell'organizzazione nel suo complesso e del servizio che essa eroga.

**Razionale**

La gestione del disservizio racchiude le azioni che un'organizzazione deve compiere nel momento in cui vi è uno scostamento tra la qualità attesa dall'organizzazione e quella erogata/percepita. Questa attività attiene, da una parte, alla prevenzione del disservizio, quindi ha a che fare con un sistema di controlli volti ad evitare insoddisfazioni da parte dei propri utenti; dall'altra, è legata alla fase di trattamento e gestione dei disservizi, nel momento in cui essi siano stati segnalati.

**Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- le procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;
- l'utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate;
- il monitoraggio delle azioni di miglioramento;
- la procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini;
- l'attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)

**2° Criterio****Prestazioni e Servizi**

*“E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;
2. eleggibilità e presa in carico dei pazienti;
3. continuità assistenziale;
4. monitoraggio e valutazione;
5. modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).

## **2° Criterio**

### Requisito 2.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è fornire al cittadino una corretta informazione sulle tipologie di prestazioni e sui servizi sanitari erogati e definire ambiti e criteri dell'impegno che la struttura intende assumere con i pazienti/utenti al fine di tutelarne i diritti.

#### **Razionale**

Tale adempimento deve essere espletato dalla Carta dei Servizi che deve essere aggiornata periodicamente. Oltre alla presentazione dell'azienda/struttura, alla sua missione e ai principi ispiratori, devono essere presenti informazioni specifiche sui servizi e le prestazioni sanitarie, i relativi criteri di accesso e gli impegni assunti dall'azienda/struttura per un miglioramento della qualità assistenziale. L'organizzazione deve illustrare, in relazione alle singole articolazioni assistenziali e alle loro specificità, i principali elementi costitutivi ed i riferimenti utili per facilitare l'orientamento e la scelta degli utenti.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza nelle aziende di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell'utenza;
- periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato.

## **2° Criterio**

### **Requisito 2.2 eleggibilità e presa in carico dei pazienti**

#### **Obiettivo**

L'obiettivo del requisito è di definire e standardizzare le modalità di eleggibilità dei pazienti per specifici percorsi di assistenza e la successiva presa in carico del paziente, che si concretizzino nella valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei bisogni della persona, premessa indispensabile per definire l'attuazione di politiche e di interventi mirati ed efficaci.

#### **Razionale**

Il processo di presa in carico, completo e multidisciplinare, deve basarsi su bisogni clinici e sulle priorità del paziente. L'azienda e il dipartimento devono essere in grado di valutare quali bisogni del paziente è in grado di soddisfare al fine di determinarne la eleggibilità al più specifico e appropriato percorso di assistenza. Una organizzazione sanitaria/dipartimento deve considerare le modalità di raccolta delle informazioni rilevanti per la definizione e la pianificazione del percorso assistenziale individuale, tenuto conto delle politiche organizzative e gestionali.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la formalizzazione di protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;
- la presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri);
- la definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;
- la tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione;
- la gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;
- la verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario.

## 2° Criterio

### Requisito 2.3: continuità assistenziale

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di identificare le responsabilità, i criteri e le modalità che definiscono l'appropriatezza del trasferimento all'interno dell'organizzazione, oltre a definire modalità adeguate di comunicazione che garantiscano il trasferimento delle informazioni all'interno della struttura e tra questa e le organizzazioni esterne, al fine di assicurare un efficace e sicuro trasferimento.

#### **Razionale**

L'organizzazione deve progettare e implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra i vari dipartimenti/articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. Al fine di garantire la continuità delle cure viene chiaramente identificato per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente. Per integrare e coordinare l'assistenza è fondamentale adottare strumenti per assicurare la comunicazione tra reparti, servizi e i singoli operatori e tra questi e altre strutture con cui l'organizzazione si rapporta per garantire l'assistenza.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la definizione delle responsabilità per la supervisione dell'assistenza per tutta la durata della degenza;
- la formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del *follow up*);
- l'adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;
- la definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;
- l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;
- l'adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti.

## **2° Criterio**

### **Requisito 2.4: il monitoraggio e la valutazione**

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è che la azienda/dipartimento tenga sotto controllo le attività/prestazioni relative alla eleggibilità del paziente, alla presa in carico e alla continuità assistenziale attraverso la pianificazione e l'attuazione di processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e miglioramento.

#### **Razionale**

La pianificazione e l'applicazione di un sistema di valutazione della reale attuazione delle indicazioni diagnostiche-terapeutiche-assistenziali previste dai percorsi è fondamentale per valutare il grado di conformità alle linee guida e protocolli. L'analisi degli indicatori (di processo e di esito), l'analisi degli scostamenti da quanto previsto nei percorsi descritti dai professionisti, gli eventuali risultati delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari rappresentano gli oggetti di riflessione sulla qualità complessiva delle prestazioni effettuate.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;
- la valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite *audit* clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;
- la valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari;
- l'evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, *near miss* manifestati durante l'episodio di cura;
- la presenza di *report degli audit* e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso;
- l'esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;
- l'identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.

## **2° Criterio**

### **Requisito 2.5: La modalità di gestione della documentazione sanitaria**

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è assicurare la corretta gestione della documentazione sanitaria affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente per migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure, aumentare l'integrazione fra i diversi *setting* assistenziali e l'efficienza del processo di cura. La corretta gestione della documentazione sanitaria include anche un'adeguata conservazione della stessa, sia durante il tempo di apertura del documento, sia successivamente alla sua chiusura e un costante monitoraggio.

#### **Razionale**

La documentazione sanitaria in quanto testimonianza della pluralità di eventi e di attività, costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico, didattico oltre che per la tutela dell'operato professionale. Pertanto essa deve essere gestita secondo modalità definite circa la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica, al fine di garantire la completezza rispetto agli interventi effettuati, la tracciabilità, la riservatezza (*privacy*), la sicurezza delle cure. Se correttamente gestita, essa contribuisce ad integrare l'agire dei molteplici professionisti coinvolti nel processo assistenziale e ad accrescere la sicurezza del paziente, permettendo di assumere decisioni basate su aggiornati e puntuali riscontri documentali.

I documenti sanitari contengono dati personali ascrivibili alla categoria dei dati sensibili, pertanto debbono essere trattati: in modo lecito e con correttezza; per scopi ben determinati, espliciti e legittimi; debbono essere esatti e, se necessario, aggiornati; pertinenti, completi ma non eccedenti rispetto alle finalità da perseguire; in forma che consenta l'identificazione solo per un tempo non superiore a quello necessario in base allo scopo.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;
- le procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (*transition*) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di *setting* assistenziali;

- la formalizzazione e la messa in atto di una politica per la *privacy* e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;
- la formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;
- l'evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario;
- la predefinitone dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria

### **3° Criterio**

#### ***Aspetti Strutturali***

*“L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

- 1. l'idoneità all'uso delle strutture;*
- 2. la gestione e manutenzione delle attrezzature.*

### **3° Criterio/fattore di qualità**

#### **Requisito 3.1: l' idoneità all' uso delle strutture**

##### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che un'organizzazione sanitaria sia in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza.

##### **Razionale**

Tutte le organizzazioni, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, sono tenute ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

##### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, *audit* ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);
- la presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;
- la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

### **3° Criterio**

#### **Requisito 3.2: gestione e manutenzione delle attrezzature**

##### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire il corretto funzionamento di tutte le apparecchiature biomediche in uso all'interno dell'azienda sanitaria. A tal fine è necessario assicurare l'esistenza di un inventario delle attrezzature, di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle attrezzature in uso, articolato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi, la formazione del personale sull'utilizzo, la manutenzione e le procedure di dismissione.

##### **Razionale**

Le attrezzature in uso nell'organizzazione devono supportare in maniera efficace l'erogazione delle prestazioni e dei servizi e proteggere la salute dei pazienti e degli operatori.

A tal fine la direzione della struttura adotta un inventario aggiornato delle attrezzature in dotazione, per disporre di dati riassuntivi e per permettere la loro rintracciabilità, verificandone la funzionalità in modo regolare, adottando, altresì, un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria.

I tecnici biomedici direttamente impiegati per le attività di manutenzione, siano essi interni o esterni, devono possedere un'esperienza comprovata e specifica nel settore e devono essere adeguatamente formati. Le ispezioni, i collaudi, gli interventi di manutenzione devono essere documentati. Le informazioni raccolte devono essere disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione (acquisto, noleggio, *leasing*, donazione, *in service*).

Tali informazioni consentono di effettuare le analisi per stabilire i criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di attrezzatura.

##### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse;
- la presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;

- l'esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi;
- la documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;
- i programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore.

**4° Criterio****Competenze del Personale**

*"La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.*

#### **4° Criterio**

##### **Requisito 4.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è garantire al personale la formazione continua e altre opportunità di apprendimento affinché le capacità professionali degli operatori sanitari e le competenze corrispondano ai bisogni dei pazienti sia inizialmente che a distanza di tempo.

#### **Razionale**

Un'organizzazione sanitaria necessita di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria missione e soddisfare i bisogni dei pazienti. Per garantire che l'operatore sia in grado di assumere le responsabilità proprie del ruolo, l'organizzazione valuta in modo continuo le competenze al fine di identificare i bisogni e gli interventi di formazione necessari. L'organizzazione stabilisce le modalità di monitoraggio delle competenze e di documentazione della formazione delle diverse figure professionali. In situazioni in cui la valutazione delle competenze dia esito negativo, le attività del personale debbono essere supervisionate finché l'operatore non sia in grado di dimostrare il livello richiesto di competenza.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'individuazione di un responsabile per la formazione;
- l'esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative;
- la valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario;
- il coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento;
- la condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura;
- la verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider.

#### **4° Criterio**

##### Requisito 4.2: inserimento e addestramento di nuovo personale

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di strutturare all'interno dell'organizzazione, nel caso di nuove assunzioni, di trasferimenti o cambiamenti di mansioni, un percorso per l'inserimento di nuovi addetti.

#### **Razionale**

Per poter svolgere con efficienza ed efficacia le funzioni attribuite, i nuovi addetti devono comprendere l'intera organizzazione ed essere orientati opportunamente alle responsabilità legate ai compiti propri della singola posizione funzionale. Oltre ad una valutazione iniziale per assicurarsi che la persona sia in grado di assumersi effettivamente le responsabilità legate al proprio ruolo, l'organizzazione deve prevedere un periodo di prova, che tenga conto dei tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste, durante il quale l'operatore lavora sotto la stretta supervisione di un *tutor* e viene valutato, all'interno del dipartimento o del servizio cui è assegnato, sulla base delle capacità e delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale – neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario;
- la formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;
- l'adozione e messa in atto di un piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno;
- la valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.

**5° Criterio****Comunicazione**

*"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:

- 1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;*
- 2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;*
- 3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;*
- 4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;*
- 5. le modalità di ascolto dei pazienti.*

### **5° Criterio**

#### Requisito 5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di definire i processi di comunicazione interna in grado di garantire che i principi, gli obiettivi e le modalità organizzative che la struttura pianifica, siano condivisi per assicurare il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.

#### **Razionale**

L'organizzazione e i dipartimenti devono assicurare che siano stabiliti appropriati processi di comunicazione interna, che riguardino anche la performance, tra le diverse categorie professionali, tra le unità organizzative e tra i dipartimenti, tra la componente clinica e quella amministrativo-gestionale, tra i professionisti sanitari e la Direzione.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale;
- la definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento;
- la valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario.

### **5° Criterio**

Requisito 5.2: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di assicurare un clima relazionale tra il personale e l'azienda capace di favorire le opportunità di incontro per analizzare le criticità al fine di proporre iniziative per il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. La Direzione deve aumentare il grado di motivazione del personale, provvedendo direttamente a raccogliere suggerimenti e deve favorire l'analisi delle criticità e procedere alla valutazione periodica del "clima aziendale", con specifici strumenti.

#### **Razionale**

La gestione efficace della relazione tra il personale e il contesto organizzativo contribuisce alla condivisione dei valori e degli obiettivi, alla creazione di una cultura dell'organizzazione in grado di garantire sicurezza, produttività, efficienza, soddisfazione ed è cruciale per lo svolgimento efficace delle attività all'interno dell'organizzazione.

È opportuno, pertanto, che i risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale siano discussi ed analizzati in apposite riunioni della Direzione.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale;
- l'implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;
- l'identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.

## 5° Criterio

### Requisito 5.3: modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di fornire ai pazienti e ai *caregiver* le informazioni essenziali al fine di costruire un rapporto basato sulla fiducia e sulla trasparenza tra i pazienti, i familiari e la struttura.

#### **Razionale**

La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e l'erogazione di prestazioni e servizi, nonché sui tempi in cui le prestazioni vengono erogate, tempi, modalità e doveri sulla consegna/ritiro dei referti anche ai fini della tutela dei dati personali. È importante prestare attenzione alla lingua, alla modalità di comunicazione con il paziente e i suoi familiari tenendo conto delle barriere linguistiche e socio-culturali.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza;
- la predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini;
- la procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e *caregiver*;
- l'informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti;
- l'informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- le modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche.

### 5° Criterio

#### Requisito 5.4: coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di stabilire una relazione con i pazienti e i *caregiver* al fine di promuovere una partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari/*caregiver* nei processi sanitari che lo interessano.

#### **Razionale**

Il cittadino deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute; la partecipazione del paziente e dei suoi familiari è fondamentale, considerati gli effetti positivi sull'aderenza ai trattamenti, sugli esiti di salute ed ottimizzazione delle risorse.

La struttura deve adottare una specifica procedura, per assicurare la piena informazione e il coinvolgimento attivo circa il percorso diagnostico terapeutico.

La procedura deve prevedere che il paziente e il *caregiver* ricevano le informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi, i rischi e i benefici dei trattamenti, sufficienti per prendere decisioni ponderate e consapevoli sulle cure, siano a conoscenza di quando saranno date loro le informazioni essenziali sulle condizioni cliniche e chi è responsabile, del processo per acquisire il consenso e sul diritto di decidere circa la sospensione della cura e trattamenti pianificati. Un paziente consapevole può assumere comportamenti atti ad evitare rischi, segnalare al personale sanitario comportamenti che possono comportare rischi, porre domande che consentono agli operatori di effettuare scelte assistenziali appropriate, avendo fiducia nella équipe con cui ha instaurato un rapporto di fiducia e collaborazione, ascoltare e seguire le prescrizioni nonché segnalare comportamenti non conformi a quanto concordato.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;
- l'addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento;
- la valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e *caregiver* ed i miglioramenti degli stessi se necessario.

## 5° Criterio

### Requisito 5.5: modalità di ascolto dei pazienti

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di assicurare processi di ascolto e di attivare modalità e strumenti per accogliere e rispondere a reclami, conflitti e divergenze di opinione rispetto all'assistenza fornita al paziente, al diritto del paziente di partecipazione.

#### **Razionale**

Il paziente ha il diritto di rappresentare problematiche relative all'assistenza ricevuta e di esigere che i suoi reclami siano presi in considerazione e, laddove possibile, risolti. L'organizzazione deve informare il paziente e i familiari sui processi attivati e incoraggiarli a partecipare al processo assistenziale.

La rilevazione e misurazione della soddisfazione degli utenti costituiscono un elemento importante per avere informazioni utili al miglioramento del servizio. Tutto ciò indica una consapevolezza dell'importanza del giudizio del cittadino nella scelta delle decisioni organizzative. Il giudizio dell'utente, per diventare effettivamente aiuto alle scelte strategiche ed organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve cogliere tutti gli aspetti centrali ed accessori del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, deve raccogliere l'esperienza dell'utente.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di *customer satisfaction*);
- l'utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate;
- la diffusione dei risultati delle indagini di *customer satisfaction* e delle misure di miglioramento adottate sul sito *web* aziendale;
- la formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturate di gestione dei conflitti.

**6° Criterio*****Appropriatezza clinica e sicurezza***

*“La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

- 1. approccio alla pratica clinica secondo evidenze;*
- 2. promozione della sicurezza e gestione dei rischi;*
- 3. programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;*
- 4. strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze*

## **6° Criterio**

### Requisito 6.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è che le organizzazioni mettano in atto un sistema per garantire l'utilizzo delle evidenze disponibili nella definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali.

#### **Razionale**

Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili in letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della *evidence based medicine*;
- l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;
- l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario.

## **6° Criterio**

### Requisito 6.2: promozione della sicurezza e gestione dei rischi

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è l'adozione da parte della Direzione e dei responsabili delle attività cliniche e manageriali di un approccio sistemico al miglioramento della qualità e alla sicurezza.

#### **Razionale**

Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di un ospedale. La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

- Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico;
- Rischio "non clinico": sono i problemi di sicurezza in generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;
- Rischio clinico: riguarda i pazienti, fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate.

L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

## 6° Criterio

### Requisito 6.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

#### Obiettivo

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che le organizzazioni sanitarie siano dotate di meccanismi efficaci per la gestione del rischio clinico e la prevenzione degli eventi avversi.

#### Razionale

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto e per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.

#### Evidenze

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella;
- la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (*Root cause analysis*, *Audit clinico*, *Significant event audit*) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (*Safety walkround*);
- la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, *check-list* ed altri strumenti per la sicurezza;
- la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- la presenza di un Piano di formazione;
- l'adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA- Failure Mode and Effect-Analysis per anno);

## 6° Criterio

### Requisito 6.4: strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

#### **Obiettivo**

L'obiettivo è quello di evidenziare le esperienze aziendali più avanzate rispetto alla gestione del rischio clinico e alla promozione della cultura della sicurezza, che possano costituire un modello virtuoso per tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

#### **Razionale**

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica e conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza.

La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche.

La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento.

L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le buone pratiche da mettere a disposizione e diffondere nel SSN.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- la produzione e diffusione di buone pratiche;
- la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

**7° Criterio*****Processi di miglioramento ed innovazione***

*"Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nelle Aziende Sanitarie siano presenti evidenze relative a:

- 1. progetti di miglioramento;*
- 2. applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi;*
- 3. adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa.*

**7° Criterio****Requisito 7.1: Progetti di miglioramento****Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di garantire che tutte le organizzazioni sanitarie sviluppino una cultura ed un programma per il miglioramento delle prestazioni.

**Razionale**

Il miglioramento della qualità è considerato un processo continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e migliorati se necessario e le innovazioni selezionate continuamente. Una cultura del miglioramento continuo delle prestazioni non può esistere all'interno di un'organizzazione se non è presente un coinvolgimento fattivo della Direzione sui temi della qualità ed un monitoraggio delle attività cliniche, manageriali e dei processi sociali ed un monitoraggio per identificare le aree prioritarie di intervento, considerando con particolare attenzione gli ambiti dell'emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare, e processi assistenziali che riguardano i soggetti fragili.

**Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- l'approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare.).

## 7° Criterio

### Requisito 7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è che sia presente all'interno dell'Azienda una procedura specifica per la rilevazione del fabbisogno tecnologico e per l'introduzione di nuove tecnologie, inserita in una rete regionale/nazionale di HTA.

#### **Razionale**

Il management di un'azienda sanitaria deve effettuare scelte che riguardano l'acquisizione di tecnologie. Tali decisioni sono particolarmente delicate in quanto ad esse è collegato il livello di efficacia ed appropriatezza complessiva della pratica clinica e coinvolgono contemporaneamente i processi di selezione, acquisizione e allocazione. Tali processi devono collocarsi nell'ambito di un sistema di valutazione regionale.

Le procedure e i meccanismi operativi devono necessariamente essere differenziati in relazione alla natura della tecnologia e della decisione da adottare. In particolare le procedure dovranno differenziarsi per:

- Terapie farmacologiche;
- Acquisizione ed utilizzo dei *medical device* (e relative procedure medico-chirurgiche);
- Adozione di *test* diagnostici e *test* genetici;
- Acquisizione delle tecnologie elettromedicali e loro utilizzo.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione.

## **7° Criterio**

### **Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa**

#### **Obiettivo**

L'obiettivo di questo requisito è di contribuire allo sviluppo delle iniziative innovative attraverso la ricerca e all'adozione di pratiche cliniche e organizzative previa valutazione delle implicazioni cliniche, economiche, etiche ed organizzative.

#### **Razionale**

L'avanzamento delle conoscenze scientifiche offre i fondamenti per un progresso tecnologico, professionale ed organizzativo che sembra inarrestabile.

L'adozione di iniziative di innovazione nel campo sanitario si caratterizza per:

- Natura dei beni prodotti che richiedono di considerare sia fattori tecnico-economici sia etico-sociali;
- Eterogeneità degli attori partecipanti al processo di innovazione, (industria, operatori sanitari, i pazienti, manager e decisori, i terzi paganti);
- Rilevanza del ruolo sia del paziente sia dell'organizzazione nell'individuazione delle priorità.

#### **Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;
- il coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;
- il monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione;
- lo sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca.

**8° Criterio: Umanizzazione**

*"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture"*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nelle Aziende Sanitarie siano presenti evidenze relative a:

1. programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.

**8° Criterio**Requisito 8.1: programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza**Obiettivo**

L'obiettivo è di garantire che un'organizzazione sanitaria definisca le modalità e i contenuti attraverso i quali praticare una concreta "centralità del paziente" nelle attività assistenziali.

**Razionale**

L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture sanitarie accreditate che attraversa trasversalmente tutti i criteri/fattori della qualità descritti nell'accreditamento istituzionale. Il concetto di centralità del paziente nei servizi sanitari è stato più volte affermato in questi anni nella normativa nazionale e regionale e i diritti dei pazienti e le Carte dei diritti sono al centro della attenzione dei singoli Paesi, del legislatore europeo e delle associazioni dei cittadini.

Attraverso questo concetto si enfatizza come i servizi sanitari debbano essere progettati ed erogati in modo da rispondere ai bisogni e alle preferenze del paziente, a principi di appropriatezza e secondo il criterio costo-efficacia.

**Evidenze**

Le Regioni e le Province Autonome, all'interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite:

- le attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: *bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona.*
- la presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di *counselling* (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");
- l'adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'*équipe* multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;
- la presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti;

#### **4. Verifiche: Modalità, strumenti e responsabilità**

Un elemento cruciale per garantire la perfetta trasparenza del sistema di accreditamento nazionale, una volta stabilito il "contenuto" del sistema stesso, è la definizione delle modalità di verifica che devono essere adottate da tutte le Regioni e Province Autonome per garantire che effettivamente i requisiti siano posseduti dalle organizzazioni sanitarie.

La disciplina attualmente in vigore è contenuta nel decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992"), che attribuisce alle Regioni il compito di rilasciare il provvedimento di accreditamento e prevede l'accettazione, da parte di ogni struttura, del "sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla Regione ai sensi dell'articolo 8-octies" (art. 8-*quater*). Pertanto dovranno essere previste delle verifiche per le strutture con una periodicità che effettivamente garantisca il permanere dei requisiti stessi e l'adeguamento alle innovazioni scientifiche e tecnologiche che verranno ad essere considerate necessarie.

Risulta quindi fondamentale la verifica esterna; le procedure di verifica devono, analogamente ai contenuti, rispondere a requisiti essenziali e deve essere garantita la loro effettiva esecuzione da parte di un predefinito "organismo accreditante" e con modalità di lavoro predeterminate.

Nell'ambito della competenza attribuita alle Regioni/Province Autonome, ai sensi dell'art. 117, comma 3, della Costituzione e dell'art. 8 *quater*, comma 1, del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni in merito al rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale, le stesse identificano gli organismi accreditanti e le modalità e i tempi di attuazione delle verifiche.

In riferimento alle **modalità ed ai tempi di attuazione** delle verifiche dovranno:

- disporre le modalità e tempi di verifica del possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale;
- definire le modalità e tempi di controllo del permanere del possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale;
- stabilire le modalità e tempi di rinnovo dell'accREDITAMENTO rilasciato.

I termini per la validità ed i tempi di verifica dell'accREDITAMENTO istituzionale rilasciato non devono superare il quinquennio, fermo restando che le verifiche con visita *in loco* saranno effettuate con le modalità previste dalle normative regionali, secondo criteri di efficacia. Con riguardo agli **organismi accreditanti** questi dovranno:

- stabilire la propria politica (*mission e vision*);
- individuare in maniera esplicita le relazioni istituzionali da intrattenere (ad esempio con i diversi Uffici interessati in ambito regionale e aziendale);
- definire la propria organizzazione interna, che comprenda l'identificazione e la gestione delle risorse umane coinvolte, la pianificazione, effettuazione e valutazione delle proprie attività, anche al fine del loro miglioramento;
- definire adeguate forme di partecipazione dei cittadini;

- definire le procedure con le quali scelgono, formano, addestrano, aggiornano e gestiscono i valutatori per l'accREDITAMENTO;
- assicurare che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano applicati i requisiti definiti a livello regionale.

Le organizzazioni o le Regioni e Province Autonome stesse dovranno garantire la formazione necessaria allo sviluppo delle competenze per sostenere il processo di accREDITAMENTO e, se richiesto, forniscono supporto alle strutture da accREDITARE.

### **5. Modalità di coordinamento**

Per garantire un adeguato supporto alle Regioni e Province Autonome, viene istituito, entro 30 giorni dalla stipula della presente Intesa, il Tavolo di lavoro, presso il Ministero della salute, senza oneri a carico della finanzia pubblica, composto dai rappresentanti del Ministero, delle Regioni e delle Province Autonome, dell'Age.n.a.s e coordinato dal Capo della Segreteria tecnica o da altro rappresentante del Ministro.

Il Tavolo costituisce riferimento e supporto per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di Accreditazione Nazionale e delle "buone pratiche" condivise, in termini di:

- definizione, entro dicembre 2013, delle modalità e dei tempi di adeguamento ai contenuti del presente documento;
- sviluppo dei modelli di autorizzazione/accreditamento regionali coerentemente con i contenuti del presente documento;
- aggiornamento dei fattori/requisiti/indicatori contenuti nel presente documento;
- monitoraggio delle competenze professionali (Definizione degli standard di competenza per posizione, formalizzazione e messa in atto di un piano di valutazione delle competenze, documentazione della valutazione periodica delle competenze del personale, monitoraggio dell'efficacia del programma di valutazione delle competenze e l'eventuale miglioramento se necessario);
- elaborazione di raccomandazioni per la formazione dei valutatori regionali e, ove richiesto, supporto alla formazione;
- elaborazione dei criteri per il funzionamento degli organismi accreditanti;
- sviluppo di modalità di verifica e promozione di azioni coerenti alle valutazioni effettuate;
- monitoraggio della attuazione e gestione del sistema di accreditamento nazionale;
- elaborazione delle informazioni derivanti dalle verifiche regionali anche al fine di predisporre l'impianto per l'implementazione della Direttiva 2011/24/EU nel nostro Paese;
- proposte per la revisione della normativa nazionale, anche ai sensi dell'articolo 7, comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012.
- definizione di un documento per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture socio-sanitarie.
- Il Tavolo può effettuare audit presso gli organismi accreditanti regionali mirati a valutare le modalità di attuazione delle indicazioni e raccomandazioni condivise dal Tavolo. A tal fine, si procederà all'istituzione di un elenco nazionale di auditor/valutatori che dovranno essere opportunamente formati e continuamente aggiornati secondo modalità determinate di concerto dal Ministero della salute, dall'Age.n.a.s e dalle Regioni e le Province Autonome.

Al fine di creare le migliori condizioni per l'attuazione delle verifiche che l'Unione Europea disporrà in ottemperanza della Direttiva 2011/24/UE, il Tavolo, eventualmente integrato da esperti inseriti nell'elenco nazionale di auditor/valutatori di cui sopra, provvederà a fornire ogni utile supporto funzionale al Ministero della salute.

Il Tavolo predispone, con cadenza annuale, un rapporto di monitoraggio sullo stato di avanzamento del sistema nazionale di accreditamento, formulando proposte per la risoluzione di problemi e criticità eventualmente rilevati, da trasmettersi al Ministero della salute per il successivo inoltro alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 779

**Delibera CIPE n.35/2005 – A.P.Q. “Studio di Fattibilità” relativo alla “redazione del piano di emergenza straordinario della gestione dei fanghi derivanti dalla depurazione dei reflui urbani, nonché della definizione delle linee guida per l’individuazione delle migliori strategie di gestione”. Presa d’atto e pubblicazione.**

Assente il Presidente della Giunta Regionale, sulla base dell’istruttoria espletata dal Responsabile dell’A.P. “Supporto alla gestione della tutela delle acque”, confermata dal Dirigente del Servizio Tutela delle Acque, riferisce quanto segue l’Ass. Barbanente.

Con deliberazione CIPE del 27 marzo 2005, n.35 concernente la “Ripartizione delle risorse per interventi nelle aree sottoutilizzate e il rifinanziamento della legge 208/1998 periodo 2005 – 2008 (legge Finanziaria 2005)”, fu assegnata alla Regione Puglia la somma di 393,747 milioni di euro.

Conseguentemente, con deliberazione di Giunta Regionale n.1697 del 22 novembre 2005 furono individuati i settori di intervento e la relativa ripartizione dei fondi provenienti dalla succitata delibera CIPE.

Con successiva deliberazione di Giunta Regionale n.451 del 4 aprile 2006, fu individuato un ulteriore settore di intervento denominato “studi di fattibilità” al quale vennero assegnate risorse finanziarie pari a 6 milioni di euro.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1073 del 4 luglio 2007, fu approvato l’elenco definitivo dei predetti studi di fattibilità, dopo una prima individuazione avvenuta con deliberazione di Giunta Regionale n.1098 del 18 luglio 2006, con contestuale individuazione dei Soggetti Attuatori.

In data 18 dicembre 2007, fu sottoscritto l’Accordo di Programma Quadro “Studi di Fattibilità” tra la Regione Puglia e il Dipartimento di Sviluppo e Coesione presso il Ministero dello Sviluppo Economico, titolare della gestione dei Fondi per le Aree Sottosviluppate di cui trattasi.

Con lo stesso citato Accordo di Programma Quadro, vennero finanziati n. 16 studi di fattibilità

tra i quali quello relativo alla “redazione del piano di emergenza straordinario della gestione dei fanghi derivanti dalla depurazione dei reflui urbani, nonché della definizione delle linee guida per l’individuazione delle migliori strategie di gestione ordinaria del ciclo depurativo ai fini di un corretto riutilizzo e smaltimento del prodotto fanghi”.

Con successiva deliberazione n. 224 del 26 febbraio 2008, la Giunta Regionale nel prendere atto dell’avvenuta sottoscrizione del predetto Accordo di Programma Quadro e nel disporre in merito alle relative variazioni di bilancio, nonché in ordine agli Studi di Fattibilità da realizzare, provvede all’individuazione dei Soggetti Attuatori e dei Settori Regionali competenti per la gestione delle attività e delle procedure amministrative occorrenti per la esecuzione degli studi stessi.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 922 del 13 giugno 2008 -tra l’altro- fu approvato lo schema generale di disciplinare, regolante i rapporti tra la Regione e i soggetti attuatori individuati per la realizzazione degli studi di fattibilità in parola.

Con lo stesso provvedimento giuntale n. 922/2008, fu disposta l’attribuzione al Dirigente del Settore Tutela delle Acque della competenza per la gestione delle attività e delle procedure amministrative afferenti la realizzazione del citato Studio di Fattibilità cui venne attribuito il codice “SF05”, stabilendo il termine del 31 dicembre 2008 per la sottoscrizione della relativa convenzione.

Con atto dirigenziale del Settore Tutela delle Acque n. 7 del 16 luglio 2008, si provvede ad impegnare, sul cap. 1148604 (C.N.I.), del Bilancio 2008, la spesa relativa al costo complessivo dello Studio di Fattibilità in questione, stabilita nella misura pari ad € 250.000,00.

In data 7 agosto 2008 fu sottoscritta la relativa Convenzione tra A.R.P.A. Puglia, quale soggetto attuatore, e la Regione Puglia – Assessorato alle OO.PP. – Settore Tutela delle Acque a seguito della quale è stato dato corso alle relative attività.

L’ARPA Puglia ha provveduto, ai sensi dell’art.9 della Convenzione, a trasmettere lo studio in discussione, pervenuto al Servizio Tutela delle Acque, unitamente alla rendicontazione delle spese sostenute per la sua elaborazione.

Quanto al riconoscimento della erogazione a favore dell’Agenzia Regionale in parola del corrispettivo stabilito, secondo le modalità prescritte

nell'atto convenzionale stipulato, si deve rilevare che il Servizio Tutela delle Acque ha provveduto con atti dirigenziali n.00008 del 20 ottobre 2008, n.40 del 17 dicembre 2010 e n.137 del 25 ottobre 2012. Con quest'ultimo è stata liquidata, la quota a saldo delle competenze dovute, a seguito dell'esito degli ulteriori approfondimenti resisi necessari in ordine alla verifica del rendiconto delle spese sostenute prodotto dall'Agenzia Regionale in parola che hanno determinato la decurtazione della quota suddetta di un importo pari ad €6.554,97.

Ciò detto, si sottopone alle determinazione della Giunta lo Studio in discussione perché se ne possa prendere atto, e si evidenzia la necessità che di detto Studio e delle risultanze cui esso perviene, sia data idonea pubblicizzazione in quanto, la gestione dei fanghi di depurazione rappresenta una delle maggiori criticità del "ciclo della depurazione" atteso che condiziona le scelte operative, comportando rilevanti ricadute economiche per effetto dell'incidenza dei suoi costi sul sistema tariffario. Deve rilevarsi, inoltre, che stanno pervenendo all'Ufficio, richieste, da parte di cittadini, intese ad acquisire la disponibilità del citato elaborato.

#### **COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI**

La presente Deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera k), della L.R. n. 7/1997 che detta "norme in materia di organizzazione dell'Amministrazione Regionale".

L'Assessore, relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

#### **LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore relatore che si intende qui di seguito integralmente riportata;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile dell'A.P. "Supporto alla gestione della tutela delle acque" e del Dirigente del Servizio "Tutela delle Acque" che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

A voti unanimi e palesi, espressi nei modi di legge,

#### **DELIBERA**

- 1) DI PRENDERE ATTO che l'ARPA Puglia, in esecuzione degli atti deliberativi di Giunta Regionale in narrativa richiamati, ha redatto lo Studio di Fattibilità relativo alla "redazione del piano di emergenza straordinario della gestione dei fanghi derivanti dalla depurazione dei reflui urbani, nonché della definizione delle linee guida per l'individuazione delle migliori strategie di gestione ordinaria del ciclo depurativo ai fini di un corretto riutilizzo e smaltimento del prodotto fanghi", nel testo accluso al presente provvedimento;
- 2) DI DISPORRE che il presente atto, a cura del Servizio Tutela delle Acque, sia notificato all'Autorità Idrica Pugliese e al Gestore del Servizio Idrico Integrato – Acquedotto Pugliese, per l'adozione dei provvedimenti di rispettiva competenza;
- 3) DI DISPORRE, inoltre, la pubblicazione del citato Studio sul sito internet regionale, nella sezione dedicata al Servizio Tutela delle Acque, accessibile dal sito "www.regione.puglia.it";
- 4) DI DISPORRE, infine, la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 780

**Accordo di Programma Quadro rafforzato nel “Settore Idrico-Depurazione”. Presa d’atto ed approvazione dell’elenco degli interventi proposti per il finanziamento con le risorse di cui alle Delibere CIPE n. 62/11 e n. 79/12.**

Assente il Presidente della Giunta Regionale, On. Nichi Vendola, sulla base dell’istruttoria dal Dirigente dell’Ufficio Attuazione e Gestione e confermata dal Dirigente del Servizio Tutela delle Acque, riferisce quanto segue l’Ass. Barbanente:

**Premesso che:**

- la direttiva comunitaria 91/271/CEE, concernente il trattamento delle acque reflue urbane, recepita nell’ordinamento italiano dapprima con il D.lgs. n. 152/1999 e, successivamente, con il D.lgs. n. 152/2006, ha tra l’altro introdotto la definizione di “agglomerato”;
- la stessa direttiva, nel perseguire lo scopo di proteggere l’ambiente dalle ripercussioni negative provocate dagli scarichi di acque reflue, dispone, agli artt.3 e 4, che gli agglomerati siano provvisti di rete di fognaria entro scadenze temporali ben definite e che le acque reflue urbane che confluiscono in reti fognarie siano sottoposte prima dello scarico ad opportuno trattamento depurativo;
- il Piano di Tutela delle Acque (nel seguito PTA), approvato dal Consiglio della Regione Puglia con Deliberazione n. 230 del 20/10/2009, ha individuato i nuovi 181 agglomerati, ai sensi della Direttiva comunitaria 91/271 CEE, e per ciascuno degli agglomerati sono stati individuati, tra gli altri, il carico generato da trattare e la potenzialità dell’impianto di depurazione in Abitanti Equivalenti (AE);
- il PTA prevede misure, anche infrastrutturali che, al fine di armonizzarsi con quanto imposto dalla predetta Direttiva 91/271 CEE, consistono nell’attuazione di interventi inerenti l’intero ciclo integrato dell’acqua;
- Il Consiglio dei Ministri il 26 novembre 2010 ha approvato il Piano Nazionale per il SUD (nel seguito PNS), che fra gli altri si prefigge l’obiettivo di creare le condizioni per il conseguimento

degli standard nazionali ed europei nei servizi essenziali per i cittadini;

- Con Deliberazione CIPE n. 1 del 11 gennaio 2011, sono stati definiti gli obiettivi, i criteri e le modalità di programmazione delle risorse per le aree sottoutilizzate, selezione ed attuazione degli investimenti per i periodi 20002006 e 20072013, e rideterminato il valore dei Programmi Attuativi Regionali (PAR) – FAS come da tabella allegata alla delibera stessa;
- Con D.lgs. n. 88/11 è stata modificata la denominazione FAS (Fondo per le Aree Sottoutilizzate) in Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (in seguito FSC)
- Con Deliberazione CIPE n. 62 del 3 agosto 2011, sono stati individuate ed assegnate risorse ad interventi di rilievo nazionale ed interregionale e di rilevanza strategica regionale per l’attuazione del Piano Nazionale per il Sud ed in particolare interventi nel “Settore idrico –depurativo” per l’importo di 100,00 M€;
- Con Deliberazione CIPE n. 60 del 30 aprile 2012, sono state assegnate risorse ad interventi di rilevanza strategica regionale finalizzati a superare le situazioni di contenzioso o precontenzioso comunitario. Nello specifico alla Regione Puglia sono state assegnate risorse a valere sul FSC pari a circa 97,05 M€ per il finanziamento di progetti nel “Settore idrico”;
- Con Deliberazione CIPE n. 79 del 11 luglio 2012 sono state assegnate le risorse premiali relative agli obiettivi di servizio destinate tra le altre all’ambito delle “Risorse Idriche” (S11) per un importo pari a circa 18,26 M€;
- Con Deliberazione CIPE n. 87 del 3 agosto 2012 sono state assegnate risorse per interventi prioritari a carattere ambientale per la manutenzione straordinaria del territorio tra gli altri nel “Settore Sistema Idrico Integrato” per circa 121,20 M€ ;
- Con DGR n. 2787 del 14.12.2012, la Giunta ha individuato tra l’altro l’APQ “Settore idrico-depurazione” che prevede, oltre gli interventi già individuati nel dettaglio dalle deliberazioni CIPE n. 60/12 ed n. 87/12, la somma di 18,26 M€ per interventi di cui alla premialità Obiettivi di Servizio (deliberazione CIPE n. 79/12) e la somma di 97,4 M€ per interventi sul sistema depurazione-recapito finale previsti dalle misure del PTA (deliberazione CIPE n. 62/11).

**Stante le premesse si relaziona che:**

Al fine di individuare gli interventi da finanziare con le risorse di cui sopra, il Servizio Tutela delle Acque, ha avviato una intensa attività di verifica e concertazione con i soggetti a vario titolo competenti, in particolare con l'Autorità Idrica Pugliese (AIP) e l'Acquedotto Pugliese (AQP) in qualità di soggetto Gestore del Servizio Idrico Integrato (SII), a seguito della quale sono stati definiti gli interventi da ammettere a finanziamento a valere sulle risorse di cui sopra, sulla base dei seguenti requisiti:

- Agglomerati nei quali non risulta ancora in esercizio il sistema di fogna nera ovvero l'impianto di depurazione;
- Procedure di infrazione in corso;
- Maggior deficit tra gli Abitanti Equivalenti (AE) previsti dal PTA come carico generato per l'agglomerato e la potenzialità attuale dell'impianto depurativo;
- Maggior percentuale di collettato;
- Procedure di infrazione potenziali;
- criticità obiettive manifestate da AQP a seguito all'attività di ricognizione e confermate da AIP;
- essere conclusa la fase di progettazione preliminare.

Lo stato procedurale e la congruità delle tempistiche previste nei predetti interventi sono stati attestati dal Soggetto Attuatore e gli stessi interventi saranno inseriti nell'allegato dell'APQ, che riguarda gli interventi "*non immediatamente cantierabili*".

Si precisa che l'intervento di "*Rifunzionalizzazione dell'impianto di affinamento di Bariest*" sarà inserito in apposito allegato comprendente gli interventi non cantierabili che hanno ancora in corso approfondimenti tecnici, economici ed amministrativi.

**COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI**

La presente Deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di

spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'Adozione del conseguente atto finale prendendo atto del Programma di interventi .

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta regionale, così come definita dall'art. 4, comma 4 lettera a), d) e k) della LR n. 7/97 e della LR n. 7/2004 art. 44 comma 4.

**LA GIUNTA**

**Udita** la relazione e la conseguente proposta del relatore che si intende qui di seguito integralmente riportata;

**Viste** le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente dell'Ufficio Attuazione e Gestione e del Dirigente del Servizio Tutela delle Acque che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

A voti unanimi e palesi, espressi nei modi di legge,

**DELIBERA**

**Di fare proprie** le premesse e la relazione del Presidente che qui si intendono integralmente riportate;

**Di prendere atto e condividere** i criteri posti alla base della scelta delle proposte progettuali, di cui all'elenco allegato, da finanziare, nel "*Settore IdricoDepurazione*", con le risorse di cui alle Delibere CIPE n. 62/11 e n. 79/12;

di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Angela Barbanente

ACCORDO DI PROGRAMMA QUADRO  
SETTORE IDRICO-DEPURAZIONE - Del. CIPE 62/2011 - 79/2012

(valori in euro)

Titolo intervento	Soggetto attuatore	Oggetto del finanziamento (servizi/forniture/lavori)	Fabbisogno finanziario		Stato procedurale	
			Totale	di cui FSC (Del. CIPE62/11)	Fase	Tipo fase (in corso/ conclusa)
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Gravina in Puglia (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	900.000,00	900.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Ordona (FG)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.577.000,00	1.577.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Margherita di Savoia (BAT)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.500.000,00	1.500.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Canosa di Puglia (BAT)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.300.000,00	1.300.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione consortile a servizio dell'agglomerato di Ruvo di Puglia (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	4.700.000,00	4.700.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Barletta (BAT)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.720.000,00	3.720.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Bisceglie (BAT)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.000.000,00	3.000.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Corato (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	6.000.000,00	6.000.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Realizzazione della condotta sottomarina di Molfetta (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	6.000.000,00	6.000.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Turi (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.350.000,00	3.350.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Cerignola (FG)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	7.820.000,00	7.820.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Stornara (FG)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	800.000,00	800.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Adeguamento ed estensione del collettore emissario (canale Lama delle Vigne) dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Gioia del Colle (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.900.000,00	1.900.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Santeramo in Colle (BA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.250.000,00	1.250.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Castellaneta (TA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	2.664.000,00	2.664.000,00	progettazione preliminare	conclusa

ACCORDO DI PROGRAMMA QUADRO  
SETTORE IDRICO-DEPURAZIONE - Del. CIPE 62/2011 - 79/2012

Titolo intervento	Soggetto attuatore	Oggetto del finanziamento (servizi/forniture/lavori)	Fabbisogno finanziario		Stato procedurale	
			Totale	di cui FSC (Del. CIPE62/11)	Fase	Tipo fase (in corso/ conclusa)
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Massafra (TA)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.655.000,00	3.655.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di San Pancrazio Salentino (BR)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	2.470.000,00	2.470.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Tricase (LE)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.979.000,00	3.979.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Galatone (LE)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	2.100.000,00	2.100.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Realizzazione del sistema di sub-urbane a servizio delle marine di Alliste e di Ugento	Acquedotto Pugliese spa	lavori	3.000.000,00	3.000.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Latiano (BR)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.840.000,00	3.840.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Ortanova (FG)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	925.000,00	925.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Adeguamento Funzionale dell'impianto di depurazione di Lucera 1 (a servizio dell'agglomerato di Lucera (FG)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.250.000,00	1.250.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Adeguamento Funzionale dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Gallipoli (LE)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	4.450.000,00	4.450.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione di Lizzano Consortile	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	6.545.000,00	6.545.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione di Torre S.Susanna	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	5.230.000,00	5.230.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione di Crispiano	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	2.572.000,00	2.572.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione di Laterza	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.326.000,00	3.326.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione di Conversano	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.525.000,00	1.525.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione di Minervino Murge	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	1.000.000,00	1.000.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Rifunionalizzazione dell'impianto affinamento di Barletta	Consorzio di Bonifica Terre d'Apulia	lavori	150.000,00	150.000,00	progettazione esecutiva	in corso
Rifunionalizzazione dell'impianto affinamento di Ruvo di Puglia	Consorzio di Bonifica Terre d'Apulia	lavori	250.000,00	250.000,00	progettazione esecutiva	in corso
Rifunionalizzazione dell'impianto di sollevamento a servizio dell'affinamento di Contrada San Lorenzo (Cerignola)	Consorzio di Bonifica della Capitanata	lavori	1.604.874,00	1.604.874,00	progettazione definitiva	conclusa
Rifunionalizzazione dell'impianto di affinamento di Bari Sud-Est	Consorzio di Bonifica Terre d'Apulia	lavori	3.107.126,00	3.107.126,00	progettazione preliminare	in corso di approfondimento
<b>Totale</b>			<b>97.460.000,00</b>	<b>97.460.000,00</b>		

Titolo intervento	Soggetto attuatore	Oggetto del finanziamento (servizi/forniture/lavori)	Fabbisogno finanziario		Stato procedurale	
			Totale	di cui FSC (Del. CIPE79/12)	Fase	Tipo fase (in corso/ conclusa)
Completamento della rete idrica e fognaria a servizio della frazione marina di Torre Mozza e marina di Fontanelle e primo lotto funzionale della rete fognaria a servizio della marina di Torre San Giovanni	Acquedotto Pugliese spa	lavori	9.800.000,00	9.800.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Collettamento dei reflui degli abitati di Alliste e Felline al depuratore di Ugento	Acquedotto Pugliese spa	lavori	2.500.000,00	2.500.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento dell'impianto di depurazione a servizio dell'agglomerato di Morciano di Leuca (LE)	Acquedotto Pugliese Spa	lavori	3.000.000,00	3.000.000,00	progettazione preliminare	conclusa
Potenziamento e adeguamento depuratore Ugento	Acquedotto Pugliese spa	lavori	2.900.000,00	2.900.000,00	progettazione preliminare	conclusa
<b>Totale</b>			<b>18.200.000,00</b>	<b>18.200.000,00</b>		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 794

**Deliberazione di G.R. n. 1575 del 04/09/2008 avente ad oggetto P.O. Puglia FSE 2007/2013: Atto di programmazione per l'attuazione degli interventi di competenza regionale e per il conferimento di funzioni alle Province pugliesi –modificazione termini D.G.R n. 2868 del 20/12/2012: ULTERIORE MODIFICAZIONE TERMINI**

L'Assessore al Diritto allo Studio e Formazione, prof.ssa Alba Sasso, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Autorità di Gestione P.O. FSE, dott.ssa Giulia Campaniello, riferisce quanto segue:

**VISTI:**

- il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio del 11 luglio 2006 recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione e che abroga il Regolamento (CE) n. 1260/1999;
- il Regolamento (CE) n. 1081/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 relativo al Fondo Sociale Europeo e recante abrogazione del Regolamento (CE) n. 1784/1999;
- il Regolamento (CE) n. 1828/2006 della Commissione del 8 dicembre 2006 che stabilisce modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione;
- il Programma Operativo Regione (P.O.) Puglia FSE 2007/213 Obiettivo Convergenza – CCI n. 2007IT051PO005, approvato con Decisione della Commissione Europea n. C/2007/5767 del 21/11/2007 e successiva n. C/2011/9905 del 21/12/2011, la cui AdG, ai sensi dell'art. 59 del Regolamento (CE) n. 1083/2006, è individuata nel Servizio Autorità di Gestione P.O. FSE - Area Politiche per lo Sviluppo Economico, Lavoro e Innovazione - della Regione Puglia;
- l'Articolo 59, secondo paragrafo, del Regolamento (CE) n. 1083/2006 che stabilisce che "lo stato membro può designare uno o più organismi intermedi per svolgere una parte o la totalità dei

compiti dell'autorità di gestione o di certificazione, sotto la responsabilità di detta autorità";

**CONSIDERATE :**

- la Deliberazione n. 1575 del 04.09.2008 avente ad oggetto: "POR Puglia FSE 2007/2013: Atto di programmazione per l'attuazione degli interventi di competenza regionale e per il conferimento di funzioni alle province pugliesi" con cui la Giunta Regionale, d'intesa con le Province, ha dato attuazione all'art. 2 della L.R. n. 32/2006, conferendo alle Province pugliesi funzioni nell'ambito del POR Puglia FSE 2007/2013 e relative risorse, per un importo pari al 30,25% dell'intera dotazione del POR;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1994 del 28.10.2008, avente ad oggetto: "POR Puglia FSE 2007/2013: Individuazione Organismi Intermedi e approvazione dello Schema di Accordo tra Regione Puglia (AdG) e Province/Organismi Intermedi (O.I). Inserimento O.I. tra i membri del Comitato di Sorveglianza", con cui si è provveduto a:
  - designare le Province pugliesi quali Organismi Intermedi del POR Puglia FSE 2007/2013, ai sensi dell'art 2, paragrafo sesto e art. 59, paragrafo secondo, del Regolamento (CE) n. 1083/2006;
  - integrare la composizione del Comitato di Sorveglianza del POR Puglia FSE 2007/2013, già istituito con D.G.R. n. 2303 del 29.12.2007, con gli Organismi Intermedi/Province;
  - approvare lo "Schema di Accordo" da sottoscrivere tra Regione Puglia (Autorità di Gestione) e Organismo Intermedio ai sensi degli art. 42 e 43 del Regolamento (CE) n. 1083/2006 e dell'art. 12 del Regolamento (CE) n. 1828/2006;
- la Deliberazione n. 56 del 26/01/2010, avente ad oggetto "D.G.R. n. 1575/2008 e n. 1994/2008: modificazioni a seguito dell'istituzione con Legge 11/06/2004, n. 148, della Provincia di Barletta-Andria-Trani (BAT)", con cui è stata individuata la suddetta Provincia come Organismo Intermedio;
- la sottoscrizione dei singoli Accordi fra la Regione Puglia, quale Autorità di Gestione del POR Puglia FSE 2007/2013, e le sei Province pugliesi quali Organismi Intermedi, ai sensi degli art. 42 e 43 del Regolamento (CE) n. 1083/2006 e

dell'art. 12 del Regolamento (CE) n. 1828/2006, secondo lo "Schema di Accordo" previsto nella Deliberazione n. 1994 del 28/10/2008 e s.m.i..

**Tenuto conto:**

- che la succitata Deliberazione n. 1575 del 04/09/2008, al paragrafo "Meccanismo N+1" stabiliva al 31 dicembre di ogni anno la scadenza annuale per gli Impegni di spesa Giuridicamente Vincolanti (*graduatorie*);
- che la Deliberazione n. 56 del 26/01/2010, avente ad oggetto "D.G.R. n. 1575/2008 e n. 1994/2008: modificazioni a seguito dell'istituzione con Legge 11/06/2004, n. 148, della Provincia di Barletta - Andria - Trani (BAT)", prevede la data del 31 gennaio come termine per la presentazione del Piano annuale di attuazione;
- che la Deliberazione n. 2868 del 20/12/2012 derogava al termine previsto, stabilito al 31 dicembre 2012, per l'assunzione degli Impegni Giuridicamente Vincolanti (IGV) delle risorse previste per l'**Annualità 2012**, sino al **30 aprile 2013** e differiva al **30 aprile 2013** il termine previsto all'art 14 degli Accordi sottoscritti con le singole Province per la **presentazione del Piano di Attuazione dell'Anno 2013** (anziché 31 gennaio 2013);
- che è in corso una proficua attività di concertazione nella programmazione degli interventi attuati dagli Organismi Intermedi e tale ridefinizione necessita di ulteriori confronti per definire le linee programmatiche e le azioni da attuare.

Il Dirigente di Servizio, unitamente all'Autorità di Gestione P.O. F.S.E. 2007/2013, pertanto, per quanto sopra, sottopone all'approvazione della Giunta regionale di prorogare di ulteriori 30 giorni il termine per la presentazione dei Piani provinciali (dal 30 aprile al 31 maggio 2013);

Parallelamente il termine ultimo per l'assunzione degli **Impegni Giuridicamente Vincolanti (IGV)** delle risorse previste dai Piani Provinciali di Attuazione, **Annualità 2012**, è differito al **31 maggio 2013**.

**COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/2001 E S.M.I.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa

e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie, propone alla Giunta Regionale l'adozione del seguente atto finale, così come definito dall'art. 4, comma 4, lettere f) e k) della L.R. n. 7/1997.

**LA GIUNTA REGIONALE**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore.

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio Autorità di Gestione P.O. FSE che ne attesta la conformità alla normativa vigente.

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge.

**DELIBERA**

- di prorogare il termine posto per la presentazione dei Piani Annuali di Attuazione per l'annualità 2013 fissato al 30 aprile p.v. al 31 maggio 2013;
- di porre analogo termine ultimo per l'assunzione degli Impegni Giuridicamente Vincolanti (IGV) delle risorse previste per l'Annualità 2012 (dal 30 aprile al 31 maggio 2013);
- di notificare la presente deliberazione ai Servizi interessati e alle Amministrazioni Provinciali a cura del Servizio Autorità di Gestione P.O. FSE;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 795

**Deliberazione di Giunta Regionale n. 195 del 31.01.2012 “Linee Guida per l’Accreditamento degli Organismi Formativi” e s.m.i.: modificazioni e contestuale approvazione di Circolare esplicativa.**

L’Assessore per il Diritto allo Studio e alla Formazione Professionale, prof.ssa Alba Sasso, sulla base dell’istruttoria espletata e confermata dal Dirigente dell’Ufficio Osservatorio del mercato del lavoro, Qualità e orientamento del sistema formativo, dott.ssa Claudia Claudi, confermata dal Dirigente del Servizio Formazione Professionale, dott.ssa Anna Lobosco, riferisce quanto segue:

Con Deliberazione n. 195 del 31.01.2012 pubblicata sul B.U.R. Puglia n. 26 del 21/02/2012, la Giunta regionale ha approvato le Linee Guida per l’accreditamento degli Organismi Formativi. Con successive deliberazioni n. 598 del 28.03.2012, n. 1105 del 05.06.2012 e n.1560 del 31 luglio 2012, pubblicate rispettivamente sul B.U.R. Puglia n. 56 del 18/04/2012, n. 91 del 26 giugno 2012 e n. 125 del 28 agosto 2012, la Giunta regionale ha approvato le modifiche e le integrazioni alle suddette Linee Guida.

In esito ad ulteriori approfondimenti conseguenti a quesiti pervenuti in relazione all’Avviso Pubblico (pubblicato sul BUR n. 102 del 12/7/2012) relativo alla presentazione delle domande di accreditamento degli organismi formativi (seconda fase: candidatura) ed al fine di dirimere alcuni dubbi interpretativi emersi nel corso della fase transitoria prevista al punto 8 delle citate Linee Guida, si rappresenta quanto segue.

Nel complesso scenario di riferimento interessato dall’accreditamento e, più in generale, dal servizio della formazione professionale avente rilevanza pubblicistica, operano, come è noto, anche i Soggetti pubblici esercitanti istituzionalmente ed in proprio, in modo stabile e continuativo, funzioni ed attività di istruzione scolastica, professionale ed universitaria, anch’esse precipuamente caratterizzate da logiche e finalità di pubblico interesse,

seppur perseguite in ragione e nel contesto del sistema scolastico od universitario di appartenenza.

La stessa L.R. n. 15 del 2002 e s.m.i. , nel disciplinare la materia della formazione professionale, riconosce espressamente tali ruoli, prevedendo in appositi articoli (18 e 19) il rapporto istituzionale della scuola e delle università con la Regione.

In considerazione di quanto precede ed in ragione dell’autonomia riconosciuta dall’ordinamento ai diversi sistemi (formazione professionale, istruzione scolastica ed universitaria), si rende opportuno con il presente provvedimento:

1. modificare la previsione contenuta al paragrafo 2 delle Linee Guida sopra richiamate (*Condizioni per l’accreditamento*), secondo le seguenti modalità: Al paragrafo 2) **Condizioni per l’accreditamento** delle Linee Guida per l’accreditamento degli organismi formativi il periodo “*Ogni Università e ogni Istituzione AFAM – Alta formazione Artistica e musicale si accreditano - come singoli Organismi a livello regionale*” è sostituito dal seguente: “Per quanto attiene alle Università e alle istituzioni AFAM - *Alta formazione Artistica e musicale-* , in considerazione del processo attuativo avviato dalla legge 30/12/2010 n. 240 che consente un’articolazione degli Atenei in Dipartimenti dotati di autonomia organizzativa, operativa e gestionale, l’accreditamento, con le stesse modalità, può essere rilasciato in capo ai singoli Dipartimenti.”;
2. nel contempo, emanare apposita circolare finalizzata a fornire istruzioni operative volte a semplificare gli adempimenti richiesti a tali Soggetti, a definire il ruolo degli altri Enti pubblici nel sistema dell’accreditamento regionale , a fornire chiarimenti interpretativi sulla disciplina transitoria ed in merito a specifiche questioni pervenute in esito all’Avviso Pubblico (pubblicato sul BUR n. 102 del 12/7/2012) relativo alla presentazione delle domande di accreditamento degli organismi formativi (seconda fase: candidatura) ed emerse nel corso della fase transitoria prevista.

Inoltre, con nota pervenuta al Servizio Formazione Professionale in data 10 aprile 2013, (ns prot. AOO\_137 11/04/2013 – 0006620) l’Associazione Nazionale Enti di Formazione Professionale FORMA-PUGLIA e il Coordinamento Enti di For-

mazione e Orientamento Professionale CENFOP-Puglia, rappresentativi della pluralità degli organismi di formazione presenti sul territorio regionale, hanno richiesto la proroga del termine del periodo transitorio previsto al punto 8 delle Linee guida per l'accREDITAMENTO degli organismi formativi.

In considerazione della complessità della procedura telematica predisposta per l'inoltro della domanda di accREDITAMENTO nonché dell'elevato numero di domande previsto che potrebbe sovraccaricare il sistema, si ritiene di poter accogliere l'istanza in parola e pertanto di prorogare i termini del periodo transitorio suddetto al 29 agosto 2013.

#### **COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. 28 / 2001 e s. m. i.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore per il Diritto allo Studio e alla Formazione Professionale, sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale di specifica competenza della Giunta Regionale, così come puntualmente definito dalla L.R. 7/97, art. 4, comma 4, lettera k).

#### **LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore per il Diritto allo Studio e alla Formazione Professionale;

Viste le sottoscrizioni poste in calce del presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio

Formazione Professionale, che ne attesta la conformità alla legislazione vigente;

A voti unanimi espressi nei termini di legge,

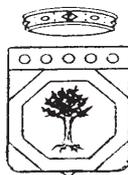
#### **DELIBERA**

- di approvare le modificazioni e le ulteriori precisazioni esplicitate in premessa, relative all'Allegato A) della D.G.R. n. 1560 del luglio 2012, avente ad oggetto: "*Disposizioni integrative e correttive per l'accREDITAMENTO degli organismi formativi per attività dell'obbligo d'istruzione / diritto-dovere*", che qui si intendono integralmente riportate;
- di approvare il testo della Circolare esplicativa di cui all'Allegato B recante: *Circolare esplicativa delle Linee Guida per l'accREDITAMENTO degli Organismi Formativi*;
- di pubblicare il testo del suddetto Allegato A) integrato dalle modificazioni approvate con il presente provvedimento, composto da n.50 pagine che fanno parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione ed il testo dell'Allegato B) recante Circolare esplicativa delle Linee Guida per l'accREDITAMENTO degli Organismi Formativi composto da n. 5 pagine;
- di disporre, per i motivi esposti in narrativa, la proroga del termine del periodo transitorio di cui al punto 8) delle Linee Guida, al 29 agosto 2013;
- di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, con i relativi allegati, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta  
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta  
Angela Barbanente

**ALLEGATO A**



**REGIONE PUGLIA**

**ASSESSORATO DIRITTO ALLO STUDIO E FORMAZIONE PROFESSIONALE  
SERVIZIO FORMAZIONE PROFESSIONALE**

***LINEE GUIDA PER  
L'ACCREDITAMENTO DEGLI ORGANISMI  
FORMATIVI***

## INDICE

<b>Premessa</b> .....	
<b>1) Oggetto dell'accREDITamento</b> .....	
<b>2) Condizioni per l'accREDITamento</b> .....	
<b>2.1 AccredITamento per le attivITà "Obbligo d'istruzione/Diritto - Dovere "</b> .....	
<b>3) Struttura classificatoria dell'accREDITamento</b> .....	
<b>4) Criteri e requisiti per l'accREDITamento</b> .....	
<b>4.1 Criterio A "Risorse infrastrutturali e logistiche"</b> .....	
4.1.1 Requisiti .....	
4.1.2 Configurazione delle risorse infrastrutturali e logistiche .....	
<b>4.2 Criterio B: "Affidabilit� economica e finanziaria"</b> .....	
4.2.1 Requisiti .....	
<b>4.3 Criterio C: "Capacit� gestionali e risorse professionali"</b> .....	
4.3.1 Requisiti .....	
<b>4.4 Criterio D: "Livelli di efficacia ed efficienza"</b> .....	
4.4.1 Requisiti di Efficacia .....	
4.4.2 Requisiti di Efficienza .....	
<b>4.5 Criterio E "Relazioni con il territorio"</b> .....	
4.5.1 Requisiti .....	
<b>5) Le procedure di accREDITamento</b> .....	
<b>5.1 Procedura per il rilascio dell'accREDITamento</b> .....	
<b>5.2 Monte crediti</b> .....	
<b>5.3 Procedure per il mantenimento e per le variazioni dell'accREDITamento</b> .....	
<b>6) Sospensione e revoca dell'accREDITamento</b> .....	
<b>6.1 Sospensione</b> .....	
<b>6.2 Revoca</b> .....	
<b>7) Sistema dei controlli</b> .....	
<b>8) Norme transitorie</b> .....	

## Premessa

Il miglioramento della qualità della formazione erogata rappresenta uno degli obiettivi più rilevanti che ciascun Paese della Comunità Europea si impegna a perseguire sulla base delle rispettive specificità, inquadrandolo nell'ambito degli obiettivi di coesione ed equità sociale della U. E. ed in linea con gli obiettivi "Europa 2020".

In relazione allo specifico tema dell'*accreditamento*, il sistema definito dal Decreto Ministeriale n. 166/2001 ha rappresentato per le Regioni un'opportunità che ha consentito la messa in trasparenza delle caratteristiche dei soggetti potenzialmente in grado di offrire formazione, evidenziando anche le criticità da risolvere per innalzare il grado di qualità dell'offerta di formazione in una logica di affidabilità minima condivisa a livello nazionale.

La soluzione di tali criticità e l'innalzamento degli obiettivi strategici sottesi all'*accreditamento* fanno dello stesso una leva in grado di dinamizzare qualitativamente l'offerta formativa, in risposta all'evoluzione della domanda sociale, dei fabbisogni formativi del territorio e dello scenario politico istituzionale.

Anche il Quadro Strategico Nazionale (QSN) per la politica regionale di sviluppo 2007-2013, afferma: "l'*accreditamento* delle strutture formative deve evolvere in direzione di una maggiore attenzione ad indicatori della qualità del servizio fornito con un modello rispondente a standard minimi comuni a livello nazionale e che eviti la frammentazione dell'offerta in sistemi solo regionali e assicuri un'effettiva apertura del mercato".

L'emergente sistema di regolazione, seppur non compiuto in ogni sua componente, costituisce ormai un contesto assolutamente nuovo e diverso rispetto a quello in cui è stato formulato il *DM 166/2001*. In quanto strumento della pubblica amministrazione finalizzato a garantire servizi di interesse pubblico, il sistema di *accreditamento* deve rispecchiare una pluralità di livelli e di attori, da una parte rafforzando l'efficacia dell'azione istituzionale a livello locale, dall'altra collocandosi all'interno di un quadro nazionale di sistema.

Il presente documento pertanto tiene conto della necessità di operare una revisione complessiva del sistema di *accreditamento* della Regione Puglia, alla luce dell'esperienza maturata e dell'evoluzione dello scenario nazionale passando così ad una "seconda generazione" di procedure, anche in ottemperanza di fondamentali orientamenti comunitari.

Orientamenti rispetto ai quali il Ministero del Lavoro, le Regioni e Province Autonome, congiuntamente, hanno proceduto all'individuazione di criteri che, sulla base delle esperienze maturate nelle singole realtà territoriali, definiscono un livello di base di garanzia e controllo dei soggetti che percepiscono finanziamenti pubblici e/o che sono riconosciuti dall'amministrazione regionale/provinciale quali erogatori di servizi di formazione.

In tal senso il P.O. 2007/2013 della Regione Puglia ha espressamente previsto negli Obiettivi dell'Asse IV Capitale Umano "una *revisione* dei criteri per l'accreditamento degli Organismi della formazione professionale, nella direzione di una selezione qualitativa. L'accreditamento degli organismi formativi per l'accesso a finanziamenti pubblici deve svolgere una funzione di qualificazione del sistema e di miglioramento dell'offerta formativa, attraverso una decisa revisione dall'attuale modello di rispondenza a requisiti minimi sulla funzionalità delle strutture, in direzione di una maggiore attenzione a indicatori sulla qualità del servizio fornito considerando l'evoluzione della normativa di settore. Tale obiettivo sarà perseguito tramite la messa a regime dei criteri di accreditamento e la realizzazione di azioni di supporto per il miglioramento della qualità delle prestazioni degli enti di formazione".

La Regione Puglia considera l'accreditamento uno strumento per elevare la qualità e l'efficacia del sistema di formazione e per favorire l'integrazione rispetto ad altri sistemi nei diversi territori e nella prospettiva del *lifelong learning*.

Nell'ottica dell'innalzamento della qualità dei servizi forniti, viene introdotto il principio per cui il mantenimento dell'accreditamento dipende anche dalla corretta gestione degli interventi realizzati, secondo le norme comunitarie/nazionali/regionali/provinciali (cfr "*monte crediti*").

## 1) Oggetto dell'accREDITAMENTO

Oggetto dell'accREDITAMENTO, secondo quanto previsto dall'art. 23 della Legge Regionale 7 agosto 2002 n. 15 "Riforma della Formazione Professionale" e s.m.i., sono gli **Organismi** definiti come "enti pubblici e privati che, in conformità alla normativa comunitaria, nazionale e regionale in vigore, svolgono attività di formazione professionale".

Per attività di formazione professionale, nella dimensione europea del *lifelong learning* in premessa richiamata, si intende "*qualsiasi attività di apprendimento intrapresa nelle varie fasi della vita al fine di migliorare le conoscenze, le capacità e le competenze in una prospettiva personale, civica, sociale e/o occupazionale*".

Nello specifico, il campo di applicazione della normativa regionale in materia di accREDITAMENTO riguarda le attività di apprendimento formale, ossia tutte le attività erogate da idonee strutture, anche se non finalizzate all'acquisizione di titoli.

La nuova impostazione del sistema regionale dell'accREDITAMENTO, in linea con quanto previsto dal P.O. 2007/2013 della Regione Puglia, supera la precedente distinzione dell'accREDITAMENTO per le attività di formazione professionale rilasciato in relazione a quattro distinte macrotipologie formative quali: obbligo formativo, formazione superiore, formazione continua, formazione nell'area dello svantaggio. Le peculiarità attinenti a tali macrotipologie saranno declinate in riferimento alle specifiche attività di volta in volta messe a bando, in considerazione anche delle innovazioni normative comunitarie, nazionali e regionali (ad es. la richiesta di specifiche attrezzature, la previsione di docenti di sostegno, etc. saranno specificate nei singoli avvisi).

Le principali innovazioni rispetto al sistema di prima generazione dell'accREDITAMENTO della Regione Puglia sono, in sintesi, :

- ✓ cambio di "focus" dalle Sedi Operative agli Organismi di formazione, intesi come soggetti giuridici autonomi, con o senza scopo di lucro, responsabili dell'organizzazione e della realizzazione delle attività formative, secondo standard di qualità descritti successivamente, al fine di realizzare e qualificare politiche pubbliche di sviluppo delle risorse umane nel territorio regionale;
- ✓ indicazione di una nuova "strategia" che intende qualificare l'offerta formativa degli organismi accREDITATI, rendendoli maggiormente capaci di rispondere all'evoluzione della domanda sociale, dei fabbisogni formativi del territorio e dello scenario politico istituzionale, anche in conseguenza dell'avvenuta delega alle Province;

- ✓ puntuale attenzione alle verifiche e ai controlli sia per l'ingresso sia per il mantenimento nel sistema di accreditamento regionale;
- ✓ variazione della procedura di accreditamento, attraverso la pubblicazione di un avviso pubblico di selezione con modalità "a sportello", al fine di favorire una scelta dinamica di soggetti che intendano candidarsi per la realizzazione di attività di formazione professionale;
- ✓ analisi ed estrapolazione, dall'esperienza pregressa, di indicatori trasversali al fine di valutare livelli di efficacia e di efficienza degli operatori del sistema formativo.

## 2) Condizioni per l'accreditamento

Possono richiedere l'accreditamento gli **Organismi** indicati nella Legge Regionale del 7 agosto 2002 n. 15 "Riforma della Formazione Professionale" e s.m.i, che rispettino tutte le condizioni di seguito riportate:

- a) avere tra le proprie finalità la formazione professionale (tale presenza è rilevabile da Statuto, Atto costitutivo, certificazione CCIAA);
- b) essere dotati di un assetto organizzativo trasparente e che garantisca la presenza sul territorio regionale di almeno due figure assunte con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato;
- c) disporre di almeno un'unità locale attrezzata, c.d. "*set-minimo*" di locali in uso esclusivo e non occasionale, nel territorio della Regione Puglia;
- d) per gli Organismi "esistenti"<sup>1</sup>, rispetto dei *valori soglia* riferiti al Criterio D "Livelli di efficacia ed efficienza delle attività realizzate", così come definiti nelle allegate schede tecniche.

Gli **Istituti scolastici** di secondo grado, compresi gli istituti paritari, sono tenuti ad accreditarsi, nel rispetto di tutti i requisiti richiesti per gli Organismi di formazione per attuare azioni di formazione professionale finanziate di tipo "non ordinamentale".

Per quanto attiene alle **Università** e alle **Istituzione AFAM** - Alta Formazione Artistica e Musicale, in considerazione del processo attuativo avviato dalla legge 30/12/2010 n. 240 che consente un'articolazione degli Atenei in Dipartimenti dotati di autonomia organizzativa, operativa e

---

<sup>1</sup> Per Organismi "esistenti" si intendono gli Organismi attualmente presenti negli elenchi regionali delle sedi operative accreditate per la realizzazione di attività formative finanziate con fondi pubblici e che abbiano svolto attività formativa. Si intendono per Organismi di "nuova costituzione" oltre a quelli di recente costituzione, quelli non accreditati e quelli che non hanno mai svolto attività formative finanziate con fondi pubblici.

gestionale, l'accreditamento, con le stesse modalità, può essere rilasciato in capo ai singoli Dipartimenti.

Sono **esclusi** dall'obbligo dell'accreditamento per lo svolgimento di attività finanziate da fondi pubblici, ma tenuti comunque a rispettare le specifiche condizioni attuative definite dall'amministrazione regionale:

- ✓ i datori di lavoro, pubblici e privati, per lo svolgimento di attività formative per il proprio personale;
- ✓ le aziende e gli enti pubblici e privati dove si realizzano attività di *stage* e di tirocinio;

Gli Organismi di formazione che realizzano esclusivamente attività di formazione professionale autonomamente finanziata<sup>2</sup>, non sono tenuti ad accreditarsi per lo svolgimento di tali attività, ma devono comunque rispettare le specifiche condizioni attuative definite dall'amministrazione.

In applicazione di disposizioni regionali, nazionali e comunitarie l'amministrazione può richiedere l'accreditamento anche per lo svolgimento di specifiche attività autonomamente finanziate.

## 2.1 Accredimento per le attività “Obbligo d’istruzione/Diritto - Dovere”

Per gli Organismi che intendono svolgere attività di Obbligo d’istruzione/Diritto-Dovere Formativo, fatte salve ulteriori indicazioni sia del presente documento che della normativa di riferimento, ai fini del rilascio dell'accreditamento sono indispensabili requisiti aggiuntivi, in applicazione dell'art. 2 del Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione di concerto con il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del **29 novembre 2007 recante “Criteri di accreditamento delle strutture formative per l'obbligo di istruzione”**, parte integrante dell'Intesa tra il MLPS, MIUR per la definizione degli standard minimi del nuovo sistema di accreditamento delle strutture formative per la qualità dei servizi del 20 marzo 2008 riportati nella Tabella A). Si specifica inoltre che **il sistema di istruzione e formazione professionale deve attenersi ai livelli essenziali delle prestazioni (LEP) stabiliti dal decreto legislativo 17 ottobre 2005, n. 226 (Norme generali e livelli essenziali delle prestazioni relativi al secondo ciclo del sistema educativo di istruzione e formazione, a norma dell'art. 2 della L. 28 marzo 2003, 53)**.

Il Diritto/Dovere all'istruzione ed alla formazione professionale, viene definito all'art. 1 del Decreto Legislativo n. 76 del 15 aprile 2005: “*il diritto all'istruzione e alla formazione, per almeno dodici anni o, comunque, sino al conseguimento di una qualifica di durata almeno triennale entro il diciottesimo anno di età. Tale diritto si realizza nelle istituzioni del primo e del-secondo ciclo del*

---

<sup>2</sup> Con attività autonomamente finanziate si intendono i corsi di formazione che non ricevono finanziamenti pubblici ma che vengono riconosciuti e autorizzati dalla Regione Puglia o dalle Amministrazioni Provinciali, su istanza dell'Ente erogatore.

sistema educativo di istruzione e di formazione, costituite dalle istituzioni scolastiche e dalle istituzioni formative accreditate dalle regioni”.

Tabella A)

<b>OBBLIGO D'ISTRUZIONE/DIRITTO-DOVERE</b>	
<b>Requisiti di accreditamento previsti dal D.I. 29/11/2007</b>	<b>Requisiti <u>aggiuntivi</u> degli standard minimi regionali</b>
<i>a) appartenere ad un organismo che non abbia fini di lucro in base alle norme vigenti e offra servizi educativi destinati all'istruzione e la formazione dei giovani fino a diciotto anni. Tali requisiti devono risultare dallo statuto dell'organismo.</i>	- Assenza di finalità di lucro - Presenza, tra le finalità dell'Organismo, <b>dell'istruzione e della formazione dei giovani fino a diciotto anni nell'ambito dei percorsi triennali di IeFP</b>
<i>b) avere un progetto educativo finalizzato a far acquisire ai predetti giovani i saperi e le competenze di cui all'articolo 1, comma 2;</i>	- Adozione e promozione da parte dell'Organismo di un "progetto educativo" e "modello organizzativo" per <b>l'istruzione e la formazione dei giovani fino a diciotto anni</b> formalizzati in documentazione specifica (vedere allegate Schede Tecniche – Criterio C)
<i>c) applicare il Contratto collettivo nazionale di lavoro per la formazione professionale nella gestione del personale dipendente impegnato nei percorsi di cui all'articolo 1;k</i>	- Applicazione del CCNL Formazione professionale ai dipendenti impegnati nei percorsi di cui all'articolo 1;
<i>d) prevedere, in relazione ai saperi e alle competenze di cui all'articolo 1, comma 2, l'utilizzo di docenti che siano in possesso dell'abilitazione all'insegnamento per la scuola secondaria superiore o, in via transitoria, di personale in possesso di un diploma di laurea inerente l'area di competenza e di una sufficiente esperienza o, esclusivamente per quanto riguarda le materie professionali, almeno, di un diploma di scuola secondaria superiore e di una esperienza quinquennale. Tale personale deve documentare le esperienze acquisite nell'insegnamento delle competenze di base nella formazione professionale iniziale, ivi comprese quelle maturate nei percorsi sperimentali di cui all'accordo quadro in sede di Conferenza unificata 19 giugno 2003.</i>	- Il sistema regionale prevede, in relazione alle <u>competenze di base</u> <sup>3</sup> , l'utilizzo di docenti in possesso di abilitazione. Per i docenti delle <u>materie professionali</u> è sufficiente un diploma di scuola secondaria superiore ed una esperienza quinquennale. Tale personale deve documentare le esperienze acquisite nell'insegnamento nella formazione professionale iniziale, ivi comprese quelle maturate nei percorsi sperimentali di cui all'accordo quadro in sede di Conferenza unificata 19 giugno 2003. (vedere allegate Schede Tecniche – Criterio C). In presenza di allievi diversamente abili, l'Organismo formativo si relazionerà con la ASL competente per territorio per la formulazione - in collaborazione con l'equipe socio-psico-pedagogica - del PDF e del PEI.
<i>e) prevedere stabili relazioni con le famiglie e con i soggetti economici e sociali del territorio, anche attraverso misure di accompagnamento per favorire il successo formativo;</i>	- L'Organismo dovrà dimostrare di avere stabili relazioni con le famiglie, con il sistema dell'Istruzione, e con i soggetti economici e sociali del territorio (vedere allegate Schede Tecniche – Criterio E)

<sup>3</sup> I saperi e le competenze previsti dal regolamento di cui all'art. 1, comma 622 della Legge 296/06, adottato con Decreto del Ministro della Pubblica Istruzione 22 agosto 2007, n. 139.

<b>OBBLIGO D'ISTRUZIONE/DIRITTO-DOVERE</b>	
<b>Requisiti di accreditamento previsti dal D.I. 29/11/2007</b>	<b>Requisiti <u>aggiuntivi</u> degli standard minimi regionali</b>
<i>f) garantire la collegialità nella progettazione e nella gestione delle attività didattiche e formative, assicurando la certificazione periodica e finale dei risultati di apprendimento;</i>	- L'Organismo dovrà impegnarsi a dimostrare di avere un "progetto" formalizzato che descriva la collegialità nella progettazione e nella gestione delle attività didattiche e formative e l'adozione di un sistema interno di valutazione e certificazione periodica e finale dei risultati di apprendimento. (vedere allegate Schede Tecniche – Criterio C)
<i>g) essere in possesso di strutture, aule ed attrezzature idonee alla gestione di servizi educativi all'istruzione e la formazione dei giovani fino a diciotto anni.</i>	- La dotazione strutturale ed infrastrutturale è descritta al paragrafo 4.1.2 – "Configurazione delle risorse infrastrutturali e logistiche". e nelle relative Schede tecniche. La dotazione minima di locali <b>aggiuntivi</b> destinati alla didattica, per questa tipologia di attività, è pari a due. Tali locali dovranno soddisfare tutti i requisiti previsti in termini di accessibilità, sicurezza, agibilità e devono essere dotati di attrezzature idonee allo svolgimento dell'attività didattica. In nessun caso, i locali destinati a questa attività, possono rientrare nella tipologia "A. <b>a complemento temporaneo</b> del set minimo" descritta nel medesimo paragrafo.

### 3) Struttura classificatoria dell'accREDITAMENTO

Il nuovo sistema dell'accREDITAMENTO, in linea con quanto proposto dalla Conferenza Stato Regioni e delle Province Autonome, è stato concepito prevedendo, in primo luogo, per ognuno dei Criteri previsti la seguente struttura classificatoria, articolata come nella tabella di seguito riportata:

**Tabella 1.** – La nuova struttura classificatoria.

<b>Requisito</b>	<b>Tipologia di evidenza</b>	<b>Indicatore di soglia</b>	<b>Modalità di verifica</b>
Descrittore sintetico di una delle condizioni minime che devono sussistere per l'accREDITAMENTO	Strumento/documento attraverso cui si dimostra il possesso del requisito	Indica la soglia minima al di sotto della quale il requisito non si considera soddisfatto	Insieme delle modalità di verifica documentale e diretta sulle diverse tipologie di evidenza da controllare

Sul piano dell'impostazione complessiva, la struttura logica del nuovo dispositivo viene declinata in criteri e requisiti.

#### 4) Criteri e requisiti per l'accreditamento

Il presente dispositivo definisce i seguenti Criteri generali che gli Organismi devono rispettare per entrare e permanere nel sistema dell'accreditamento:

- **Criterio A: "Risorse infrastrutturali e logistiche";**
- **Criterio B: "Affidabilità economica e finanziaria";**
- **Criterio C: "Capacità gestionali e risorse professionali";**
- **Criterio D: "Livelli di efficacia e di efficienza";**
- **Criterio E : "Relazioni con il territorio"**

I Criteri vengono descritti nelle pagine seguenti; le caratteristiche specifiche e le modalità di verifica delle stesse sono riportate nelle Schede Tecniche che costituiscono parte integrante del presente documento

##### 4.1 Criterio A "Risorse infrastrutturali e logistiche"

La qualità delle strutture fisiche costituisce un importante fattore di garanzia delle condizioni strutturali e logistiche nei confronti sia degli utenti dei servizi di formazione, sia di coloro che operano nell'ambito delle strutture formative.

Il criterio in oggetto riguarda specifiche condizioni di strutture di varia natura (*immobili, attrezzature ed arredi mobili*). L'obiettivo è quello di garantire che gli ambienti nei quali l'Organismo organizza ed eroga attività formative siano qualitativamente adatti alle esigenze di sicurezza e *comfort*.

Dal momento che i riferimenti per la garanzia della qualità minima in termini di *accessibilità, agibilità, sicurezza* sono già definiti dalla normativa europea e nazionale in materia di sicurezza dei locali e dei luoghi di lavoro, il miglioramento complessivo dei servizi formativi non può prescindere dal rafforzamento e dalla ricorrenza del *controllo* del rispetto di tali riferimenti standard, quale strumento di garanzia degli utenti dei servizi e degli operatori.

La struttura del Criterio A si articola principalmente in *tre* requisiti relativi a:

1. *disponibilità ed adeguatezza dei locali, arredi e attrezzature,*
2. *fruibilità dei locali*
3. *destinazione d'uso.*

I tre requisiti si fondano sui seguenti principi contenuti nella normativa nazionale:

- Sicurezza, prevenzione incendi ed antinfortunistica;
- Superamento ed eliminazione delle barriere architettoniche articolati in due aree di pertinenza logistica:
  - a) visitabilità dei locali destinati ad attività di direzione ed amministrazione;
  - b) accessibilità dei locali destinati all'attività di erogazione dei servizi.

Per *visitabilità* si intende la possibilità di accedere agli *spazi di relazione* e ad un *servizio igienico* per ogni unità immobiliare. Per *accessibilità* si intende la possibilità di raggiungere l'edificio e le sue unità immobiliari ed ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruire totalmente di spazi ed attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza ed autonomia.

- Rintracciabilità e visibilità dei locali da parte dell'utenza.

Per *rintracciabilità* e *visibilità* si intende la presenza di apposita segnaletica recante informazioni utili al pubblico e di strumentazione adeguata per un'efficace comunicazione con l'utenza.

Il rispetto della normativa vigente in termini di sicurezza, agibilità e accessibilità dei locali si estende anche ai locali a complemento temporaneo e definitivo del set minimo.

#### 4.1.1 Requisiti

**Requisito A1: Disponibilità ed adeguatezza di locali, arredi e attrezzature:** Riguarda i seguenti aspetti:

- tipologie dei contratti che testimoniano il livello di disponibilità dei locali e l'esclusività nell'utilizzo degli stessi;
- temporalità del possesso;
- territorialità;
- individuazione del set minimo di locali richiesti con determinate caratteristiche strutturali ed infrastrutturali, (strumentazione didattica e tecnologica presente nelle aule didattiche, informatiche e nei laboratori, se previsti).

**Requisito A2: Fruibilità dei locali:** Riguarda il livello di fruibilità dei locali: i luoghi destinati allo svolgimento di tutte le funzioni di servizio/supporto all'erogazione ed alle attività di rapporto diretto con l'utenza in genere, devono essere distinti da quelli in cui si svolgono le attività di governo della struttura.

Per quanto concerne la sede legale il requisito minimo richiesto è che sia ubicata in uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

**Requisito A3: Destinazione d'uso:** Riguarda la destinazione d'uso dei locali, che deve essere coerente con le funzioni didattiche, amministrative e segretariali svolte. L'Organismo deve dimostrare la rispondenza al presente requisito attraverso la seguente documentazione: certificato di agibilità rilasciato dal Comune di pertinenza o certificato di collaudo (solo in caso di nuova costruzione dell'immobile) o certificato di idoneità statica con l'indicazione dei criteri e delle modalità seguite, sottoscritto da un tecnico abilitato. Occorre, altresì, allegare documento comprovante che il/i certificato/i si riferiscono esplicitamente ai locali adibiti alla sede formativa dell'Organismo.

#### 4.1.2 Configurazione delle risorse infrastrutturali e logistiche

La Regione Puglia stabilisce che ogni Organismo debba:

1. Disporre, di un “*set minimo*” di locali adibiti alle attività formative, ad uso esclusivo e continuato per almeno 2 anni collocato nel territorio regionale, così composto:
  - un'aula didattica e un laboratorio informatico (in alternativa 1 aula multimediale) con annessi servizi igienici, con parametri strutturali e dimensionali definiti nelle allegate schede tecniche;
  - un idoneo locale di supporto all'attività formativa destinato all'attività di segreteria/amministrazione ubicato nel medesimo luogo delle aule per la didattica;
  - almeno un idoneo locale riservato all'attività di orientamento/consulenza individuale ubicato nel medesimo luogo delle aule per la didattica, esclusivamente per gli Organismi che intendono svolgere attività di Obbligo d'Istruzione- Diritto/dovere; (cfr. pag. 9, Tabella "OBBLIGO D'ISTRUZIONE7DIRITTO-DOVERE" punto g).
2. Garantire la visibilità all'esterno e l'identificabilità dei locali (anche attraverso indicazioni grafiche per il pubblico)

Non sono sottoposti alle condizioni sopra elencate, e possono essere chiaramente separati, i locali destinati esclusivamente ad uso ufficio amministrativo extra set-minimo, o che ospitano la sede legale, oppure destinati al “comparto”<sup>4</sup>, relativamente ai quali l'Amministrazione regionale prevede a carico degli Organismi unicamente il rispetto della “visitabilità” degli stessi.

E' fatto obbligo di rendere disponibile presso il set minimo la documentazione relativa all'accREDITAMENTO.

---

<sup>4</sup> Per “comparto” si intende l'ufficio di coordinamento relativo agli organismi per i quali è consentita, dal Contratto Collettivo nazionale di riferimento, l'organizzazione centralizzata della gestione amministrativa e contabile.

Per soddisfare le esigenze di specifiche attività/Avvisi, gli Organismi accreditati hanno facoltà di dotarsi di **ulteriori laboratori** (ubicati **nell'ambito del proprio territorio provinciale** di riferimento) **a complemento temporaneo del set minimo** purché tali locali abbiano le caratteristiche che il dispositivo prevede in relazione alla sicurezza, agibilità e accessibilità.

Tali locali devono essere individuati – e la loro disponibilità documentata – in fase di presentazione delle proposte progettuali e comunque sottoposti ad audit in loco da parte dell'amministrazione regionale, prima dell'avvio delle attività.

Qualora l'Organismo intenda dotarsi di **ulteriori locali ad uso didattico (aula e/o laboratorio informatica e annessi servizi igienici)**, anche in una Provincia diversa da quella nella quale è ubicato il set minimo, può inoltrare apposita domanda di ampliamento.

Tale ampliamento può essere:

- a) **a complemento temporaneo** del set minimo;
- b) **a complemento definitivo** del set minimo.

La *tipologia a*) può verificarsi solo per attività riferite ad Avvisi emanati dalla Regione Puglia. In tal caso, i locali devono essere individuati e completi di relativa documentazione già in fase di presentazione delle proposte progettuali. Essi devono avere le caratteristiche che il presente dispositivo prevede in relazione ai requisiti relativi a sicurezza, agibilità ed accessibilità; la disponibilità è limitata al periodo di affidamento dell'attività e devono essere sottoposti ad audit in loco da parte dell'amministrazione regionale prima dell'avvio delle attività.

La *tipologia b*) può verificarsi contestualmente alla presentazione della domanda di accreditamento oppure ad ogni "finestra" prevista dall'Avviso secondo le procedure che saranno ivi definite.

I locali individuati dovranno avere tutte le caratteristiche previste dal dispositivo per il set minimo.

In nessun caso possono rientrare nella *tipologia a*) i locali destinati alle attività dell'Obbligo di Istruzione/DIR.-DOV.

#### **4.2 Criterio B: "Affidabilità economica e finanziaria"**

La struttura del Criterio B si articola in un insieme di requisiti, in grado di garantire un livello base di affidabilità economica e finanziaria degli organismi, condiviso da tutte le amministrazioni regionali in sede di Accordo Stato Regioni.

Tutti i requisiti sono relativi all' Organismo, in quanto entità dotata di autonomia giuridica e capace di essere titolare di rapporti economici, tranne uno – il settimo - che è riferito all'affidabilità ed alla moralità delle *persone* che rappresentano l'Organismo. La Regione Puglia ritiene particolarmente

rilevante tale requisito e pertanto già in fase di candidatura verificherà le opportune evidenze richieste.

#### 4.2.1 Requisiti

Requisito B.1: *Esistenza di bilancio di esercizio riclassificato* in base alla normativa europea recepita nell'ordinamento italiano o comunque secondo una modulistica predefinita di riclassificazione

Requisito B.2: *Assenza di stato di fallimento, di liquidazione volontaria o coatta amministrativa e di concordato preventivo* dell'Organismo;

Requisito B.3: *Rispetto degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse*, secondo la legislazione nazionale;

Requisito B.4: *Rispetto della regolarità contributiva* secondo la legislazione nazionale;

Requisito B.5: *Rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili*

Requisito B.6: *Presenza di un'organizzazione contabile articolata per singola attività progettuale*, che consenta la piena tracciabilità dei centri di costo e delle spese relative alle attività svolte, anche ai fini di una rendicontazione più efficace e trasparente.

Requisito B.7: *Affidabilità morale dei legali rappresentanti e degli amministratori degli organismi*, in attuazione delle Direttive 2004/17 CE e 2004/18 CE e dell'art. 38 del D. Lgs. 163/2006.

#### 4.3 Criterio C: “Capacità gestionali e risorse professionali”

Il Criterio C individua l'insieme dei requisiti che permettono di rilevare la capacità complessiva dell'Organismo di governare i diversi processi, e, dunque, la sua capacità gestionale.

Poiché nella gestione dei processi, la risorsa strategica è rappresentata dalle *persone* che li presidiano, una delle principali condizioni che concorrono al governo degli stessi è costituita dalla qualità delle *credenziali professionali*, descritte nelle schede tecniche, possedute dai soggetti che li presidiano, a prescindere dal ruolo ricoperto. Il criterio si basa sulla seguente articolazione dei processi:

- *direzione*
- *gestione economico-amministrativa*
- *analisi dei fabbisogni*
- *progettazione*
- *erogazione dei servizi*

Nella tabella seguente si rappresenta l'articolazione dei processi in aree di attività.

PROCESSO	AREE DI ATTIVITA' (esempi)
<i>Direzione</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definizione delle strategie organizzative, commerciali e standard del servizio;</li> <li>▪ Pianificazione e coordinamento delle risorse umane, tecnologiche, finanziarie, organizzative e informative;</li> <li>▪ Gestione delle relazioni e degli accordi con la committenza;</li> <li>▪ Valutazione e sviluppo delle risorse umane;</li> <li>▪ Pianificazione e Gestione delle relazioni locali con le imprese, le istituzioni, i servizi per l'impiego e gli attori locali;</li> <li>▪ Promozione e pubblicizzazione dei servizi della struttura;</li> <li>▪ Supervisione delle attività di follow up</li> <li>▪ Gestione della qualità inerente tutti i processi;</li> <li>▪ ...</li> </ul>
<i>Gestione Economico- Amministrativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestione della contabilità e degli adempimenti normativi;</li> <li>▪ Controllo economico;</li> <li>▪ Rendicontazione delle spese;</li> <li>▪ Gestione amministrativa del personale;</li> <li>▪ Gestione della qualità inerente il processo;</li> <li>▪ ...</li> </ul>
<i>Analisi e definizione dei Fabbisogni</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lettura del fabbisogno occupazionale a livello territoriale, settoriale e/o aziendale;</li> <li>▪ Rilevazione del fabbisogno formativo e/o orientativo;</li> <li>▪ Definizione della strategia formativa;</li> <li>▪ Gestione della qualità inerente il processo;</li> <li>▪ ...</li> </ul>
<i>Progettazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Project management</li> <li>▪ Progettazione di massima di un'azione corsuale;</li> <li>▪ Progettazione di dettaglio di un'azione corsuale;</li> <li>▪ Progettazione di un intervento individualizzato;</li> <li>▪ Elaborazione di un progetto educativo finalizzato a far acquisire ai predetti giovani i saperi e le competenze di cui all'articolo 1, comma 2 del D.I. 29/11/2007 per le attività di obbligo d'istruzione/DIR-DOV;</li> <li>▪ Progettazione delle attività di follow up</li> <li>▪ Gestione della qualità inerente il processo;</li> <li>▪ ...</li> </ul>
<i>Erogazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coordinamento delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie del processo di erogazione;</li> <li>▪ Gestione delle relazioni e degli accordi con la committenza;</li> <li>▪ Monitoraggio delle azioni e dei programmi;</li> <li>▪ Valutazione dei risultati ed identificazione delle azioni di miglioramento;</li> <li>▪ Presidio delle attività di erogazione (tutoraggio, docenza, equipe etc) del servizio formativo;</li> <li>▪ Valutazione delle competenze</li> <li>▪ Gestione della qualità inerente il processo;</li> <li>▪ Orientamento</li> <li>▪ ...</li> </ul>

### 4.3.1 Requisiti

Requisito C.1: Assetto organizzativo trasparente dell'organismo e presenza di un organigramma nominativo e/o mansionario o altro documento formale che definisca il modello organizzativo, con indicazione di funzioni, responsabilità e ruoli.

Nell'ottica di facilitare la comunicazione tra pubblica amministrazione e Organismo il documento deve inoltre riportare l'indicazione del referente interno individuato per l'accreditamento.

La documentazione deve essere costantemente ed obbligatoriamente aggiornata a fronte di eventuali variazioni dell'assetto organizzativo al fine di assicurarne la trasparenza

Requisito C.2: Presidio funzionale dei processi da parte dell'organismo. Secondo l'impostazione delle presenti linee guida viene mantenuta una chiara distinzione tra la funzione di presidio del processo e il ruolo agito dal singolo operatore nel/nei processo/i di lavoro all'interno del organismo: ad una funzione di presidio possono corrispondere diversi ruoli assunti dagli operatori nel processo di lavoro.

Per garantire il presidio dei processi - direzione; gestione economico-amministrativa; analisi e definizione dei fabbisogni; progettazione; erogazione - in maniera continuata, appare opportuno che ogni figura possa svolgere massimo 2 funzioni di responsabile all'interno di un unico Organismo. Poiché il sistema di accreditamento richiede la presenza sul territorio regionale di almeno due unità lavorative, con contratto di lavoro subordinato a tempo pieno ed indeterminato, le medesime devono presidiare le seguenti funzioni:

- n. 1 responsabile del processo di *direzione*;
- n. 1 responsabile del processo di *gestione economico-amministrativa*;

Qualora un responsabile abbia le credenziali per presidiare entrambe le funzioni, l'ulteriore unità lavorativa con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato deve presidiare il "processo della progettazione".

In ogni caso deve essere garantita presso il "set minimo" di locali la presenza fisica di operatori dell'Organismo.

Per tutto il personale (dipendenti, collaboratori, consulenti, ecc) impegnato nelle attività gestite da Organismi accreditati, viene richiesta l'applicazione di un contratto collettivo nazionale di settore e, come standard retributivo minimo di riferimento quello del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Formazione Professionale. L'inosservanza di tale disposizione comporta la totale

applicazione della Legge Regionale del 26 ottobre 2006, n. 28 **“Disciplina in materia di contrasto al lavoro non regolare”**.

Per lo svolgimento delle attività di Obbligo d’istruzione/Diritto-Dovere Formativo, in applicazione dell’art. 2 lettera c) del Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione di concerto con il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 29 novembre 2007, è richiesta obbligatoriamente l’applicazione del Contratto Collettivo Nazionale della Formazione Professionale nella gestione del personale dipendente impegnato nei percorsi di IeFP.

Per tale attività è obbligatoria la presenza dell’equipe di sostegno socio-psico-pedagogico.

L’impostazione basata sulle credenziali richiama il tema della messa in trasparenza delle esperienze formative e professionali acquisite dagli operatori, quale prova indiretta della capacità di ciascuno di svolgere adeguatamente la funzione di cui è titolare all’interno della struttura.

Gli organismi potranno individuare in fase di accreditamento ulteriori profili specifici in grado di intervenire nelle diverse filiere della formazione professionale (ad es. per utenze svantaggiate, accompagnamento, placement, etc...).

Nell’ambito del “processo di erogazione” è prevista la funzione di valutazione delle competenze, al fine di garantire la correttezza metodologica in fase di progettazione e di presidio del sistema interno di valutazione e certificazione delle competenze.

Il presidio della funzione, con il relativo standard minimo, sarà obbligatorio dal momento dell’adozione del Sistema di Certificazione delle competenze, in via di definizione da parte dell’amministrazione regionale.

Esclusivamente per le attività di Obbligo d’istruzione/Diritto-Dovere, già dall’avvio del presente sistema di accreditamento, è obbligatorio dimostrare il possesso del requisito di cui all’art. 2 punto f) del Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione di concerto con il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 29 novembre 2007, come descritto al precedente paragrafo 2.1 Accreditamento per le attività “Obbligo d’istruzione/Diritto - Dovere ”

#### **4.4 Criterio D: “Livelli di efficacia ed efficienza”**

L’efficacia e l’efficienza sono *fattori trasversali* da monitorare e controllare in quanto elementi decisivi per valutare le *performance* dell’Organismo.

Si sottolinea che i livelli di efficacia ed efficienza raggiunti riguardano le attività pregresse che concorrono alla stima delle capacità potenziali del soggetto sottoposto alla verifica per il rilascio dell’accREDITAMENTO; inoltre, la loro permanenza nel tempo è verificata dall’amministrazione regionale ai fini del mantenimento dell’accREDITAMENTO.

Per gli Organismi di “nuova costituzione”, la verifica in ingresso è necessariamente sospesa. Per i soggetti già accreditati con il precedente dispositivo il periodo temporale di riferimento per la verifica del raggiungimento degli standard è relativo alle attività finanziate (di cui l’Organismo è stato direttamente beneficiario) concluse entro il 31 dicembre dell’anno precedente alla domanda di accreditamento ed in esito ad Avvisi regionali e/o provinciali a valere sui fondi comunitari, nazionali e regionali.

Per attività concluse si intendono le attività per cui è stato regolarmente presentato il rendiconto finale.

#### 4.4.1 Requisiti di Efficacia

Requisito D1.1: **Livello di abbandono**, inteso come interruzione del percorso formativo senza prospettiva ulteriore per la persona. In tal senso, il *livello di abbandono* è rivelatore di maggiore o minore efficacia nella misura in cui l’abbandono determina, per la persona che lascia il percorso formativo, il mancato raggiungimento degli obiettivi di apprendimento condivisi con l’organismo. Secondo tale accezione, gli individui che lasciano il corso perché rientrati in un altro percorso formativo - di istruzione o F.P. - o hanno trovato un’occupazione non sono da computare tra i soggetti in abbandono.

Requisito D1.2: **Livello di successo formativo** in relazione ai nuovi contesti del *lifelong learning*. Secondo tale ottica, per l’individuo è centrale acquisire *competenze* funzionali ai propri percorsi formativi e professionali. Il successo formativo dell’organismo si ottiene laddove gli utenti dei servizi formativi acquisiscono vantaggi spendibili attraverso il conseguimento di attestazione, il miglioramento della condizione occupazionale e l’incremento delle conoscenze/competenze possedute, anche attraverso il ricorso a valutazioni esterne ed indipendenti.

Requisito D1.3: **Livello di occupazione o rientri nel sistema scolastico**: fa riferimento a un concetto complesso quale quello di occupabilità. Sempre nella prospettiva del *lifelong learning* l’obiettivo complessivo dell’apprendimento si deve tradurre nell’acquisizione di competenze funzionali ad implementare le condizioni di occupabilità dell’individuo. E’ evidente che il concetto di occupabilità si declina in modo diverso a seconda del momento del ciclo di vita della persona e a seconda della tipologia di filiera formativa. Secondo tale logica l’occupazione rappresenta sempre un elemento di verifica dell’efficacia dell’azione formativa ma risulta determinante

solo per gli interventi specificamente finalizzati all'inserimento-reinserimento nel mondo del lavoro.

Requisito D1.4: **Livello di soddisfazione:** misura la percezione positiva dei percorsi formativi da parte di coloro che ne sono – direttamente o indirettamente – coinvolti. Viene rilevato attraverso la somministrazione programmata, durante e dopo lo svolgimento dei percorsi formativi, di specifici questionari destinati agli allievi ed ai docenti dei corsi nonché, per specifiche tipologie di formazione (Obbligo di istruzione/Diritto-Dovere, Formazione per occupati....) anche ad ulteriori soggetti potenzialmente interessati agli esiti dei processi (famiglie, imprese,....).

#### 4.4.2 Requisiti di Efficienza

Requisito D2.1: **Livello di spesa rendicontata:** misura la capacità di realizzare le attività formative in modo completo e coerente con quanto programmato ed approvato. È dato dal rapporto tra gli importi certificati e/o rendicontati relativi alle attività concluse nel periodo di riferimento, e gli importi approvati.

Requisito D2.2: **Livello di spesa riconosciuta:** fa riferimento all'ammissibilità, alla congruità ed alla pertinenza delle spese rendicontate. È dato dal rapporto tra gli importi riconosciuti a seguito di verifica contabile relativi alle attività concluse nell'anno solare antecedente il periodo di riferimento, e gli importi certificati/rendicontati.

Requisito D2.3: **Costo allievo:** è un indice della efficienza/inefficienza manifestatasi in fase di attuazione degli interventi. È dato dal rapporto tra il costo allievo rendicontato ed il costo allievo previsto dal progetto approvato.

#### 4.5 Criterio E “Relazioni con il territorio”

Tale criterio ha la funzione di monitorare l'effettivo livello di integrazione dell'organismo all'interno del sistema territoriale.

I requisiti di seguito riportati declinano il radicamento sul territorio in termini di capacità di cooperare con gli attori dei diversi sistemi di riferimento e di leggere i reali fabbisogni della variegata utenza dell'offerta formativa regionale.

#### 4.5.1 Requisiti

Requisito E.1: *Capacità di garantire rapporti di cooperazione* dell'organismo con i diversi attori dei sistemi per il raggiungimento degli obiettivi di efficacia della proposta educativa e formativa offerta.

Nel rispetto del principio guida del *lifelong learning*, la scelta degli attori di riferimento con cui cooperare è strettamente correlata alla tipologia di utenza e dunque a quelle variabili di base che la descrivono (età, condizione di istruzione-formazione, stato di occupazione/non occupazione/inattività, ed eventuale situazione di svantaggio).

Si considerano fondamentali, quindi, i rapporti con quegli specifici attori che:

- operano nel sistema dell'*education*, ivi comprese le aziende che svolgono una funzione formativa ospitando stage, tirocini, collaborando alla realizzazione di percorsi di alternanza scuola-lavoro, cooperando alla realizzazione di percorsi di istruzione-formazione nell'ambito di poli e distretti integrati;
- svolgono funzioni sociali di supporto alla disabilità, di assistenza nelle situazioni di disagio e di difficoltà, all'inserimento ed alla permanenza nel mercato del lavoro.

Requisito E.2: *Capacità di leggere e interpretare l'insieme dei fabbisogni espressi dagli individui e dal territorio*, attraverso un sistema di relazioni con:

- gli attori che rappresentano il mondo produttivo e del lavoro, dimostrando di saper cogliere il fabbisogno professionale da essi espresso in maniera più o meno esplicita;
- le diverse tipologie di utenza, e relative forme di rappresentanza della stessa, dimostrando di saper leggere ed interpretare il fabbisogno di formazione esplicito (o tacito) dei diversi *target*.

In linea generale, le relazioni con i diversi attori possono essere rappresentate dalla sottoscrizione di intese, protocolli, etc. da possedere già nella fase di ingresso nel sistema di accreditamento. Altre tipologie di evidenza dichiarate in fase di candidatura di progetti formativi (ad es. lettere di adesione, disponibilità ad ospitare *stages*, etc), saranno oggetto di controllo in altre sedi (durante gli audit in loco, allegati alla presentazione di progetti etc..) e/o ogni volta che l'amministrazione regionale lo ritenga opportuno.

### 5) Le procedure di accreditamento

Soggetto responsabile della concessione, sospensione e revoca dell'accreditamento è il Servizio Formazione Professionale della Regione Puglia.

Le procedure previste dal presente dispositivo sono di tre tipi: procedura per il rilascio (definitivo e provvisorio), procedura per il mantenimento e procedura per le variazioni.

## 5.1 Procedura per il rilascio dell'accreditamento

Per la presentazione delle domande di accreditamento è prevista la pubblicazione di un Avviso pubblico aperto “a sportello” secondo tempi e modalità ivi previsti. L'amministrazione regionale procederà alla registrazione delle domande nell'ordine di ricevimento, per consentire la successiva valutazione.

In attuazione del presente dispositivo, l'istanza di accreditamento viene accolta e l'accREDITAMENTO viene concesso nel caso in cui siano rispettati tutti i requisiti necessari (sistema ON/OFF).

In seguito alla valutazione positiva dell'istanza presentata, agli Organismi “esistenti” cioè gli Organismi attualmente presenti negli elenchi regionali delle sedi operative accreditate per la realizzazione di attività formative finanziate con fondi pubblici e che abbiano svolto attività formativa, viene rilasciato l'accREDITAMENTO **definitivo**.

Agli Organismi di “nuova costituzione”, compresi quelli non accreditati e quelli che non hanno mai svolto attività formative finanziate con fondi pubblici è rilasciato un accREDITAMENTO **provvisorio** di durata biennale in quanto non sono verificabili i requisiti relativi all'efficacia e all'efficienza.

Al termine del biennio la Regione, su domanda dell'Organismo, valuterà la sussistenza dei requisiti per il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo o la revoca dell'accREDITAMENTO provvisorio.

Sulla base di una istruttoria tecnica realizzata da un Nucleo di Valutazione, istituito con Atto del Dirigente del Servizio Formazione Professionale, gli Organismi valutati positivamente e quindi accreditati in maniera definitiva o provvisoria, entreranno a far parte dell'elenco regionale degli organismi accreditati.

Si avrà **rigetto della domanda di accREDITAMENTO** nei seguenti casi:

1. qualora all'organismo formativo sia stato sospeso l'accREDITAMENTO secondo la disciplina previgente, sino alla definizione delle circostanze che hanno determinato la sospensione;
2. qualora all'organismo formativo sia stato revocato l'accREDITAMENTO, anche in vigenza del vecchio dispositivo, per cause relative ad uno o più punti dell'art. 38 del Decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163 -Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE - o per l'esaurimento del Monte crediti (cfr. pag. 25, **paragrafo 6.2 Revoca**, punto 5));
3. qualora non siano presenti tutti i requisiti prescritti dal presente dispositivo;
4. in caso di mancata presentazione della candidatura di accREDITAMENTO secondo le disposizioni dell'Avviso;
5. laddove si verifichi l'impossibilità della Regione di effettuare l'audit, a causa di indisponibilità reiterata e immotivata dell'Organismo.

In caso di rigetto della domanda, l'organismo formativo può presentare una nuova domanda nella successiva "finestra", fatta eccezione per il caso della revoca, che, così come descritta nel punto 2) dell'elenco sopra formulato, determina l'impossibilità definitiva di presentare una nuova domanda di accreditamento.

In caso di rigetto della domanda per due volte, l'Organismo non può presentare una nuova domanda prima di un anno dalla data del secondo provvedimento di rigetto.

Qualora un Organismo, che non abbia ottenuto l'accREDITAMENTO, pubblicizzi se stesso come Organismo accreditato dalla Regione Puglia incorrerà nel divieto di presentare ulteriori domande di accreditamento.

## 5.2 Monte crediti<sup>5</sup>

La migliore *controprova* dell'affidabilità complessiva dell'Organismo risiede principalmente nel suo *agire adeguatamente*, raggiungendo gli obiettivi che gli vengono assegnati, nel momento in cui viene individuata e selezionata per realizzare interventi di interesse pubblico.

Allo scopo di incrementare la qualità dei servizi formativi erogati e di stimolare gli Organismi alla puntuale osservanza delle regole che disciplinano la gestione e la rendicontazione delle attività realizzate, viene istituito un sistema "a punti" costituito da due diversi livelli.

Al momento della concessione dell'accREDITAMENTO viene assegnato un "Pacchetto di Ingresso", quantificato in 20 punti, al quale, qualora l'Organismo incorra in inadempienze, rilevate nello svolgimento della sua attività, vengono progressivamente sottratti punti, fino all'eventuale revoca dell'accREDITAMENTO.

All'Organismo accreditato, inoltre, potrà essere attribuito un "Pacchetto Premiante" fino ad un massimo di ulteriori 20 punti, destinato, appunto, a valorizzare la maggiore stabilità dell'Organismo sul territorio ed il raggiungimento di livelli di eccellenza nell'erogazione dei servizi formativi, e che costituisce un credito per il soggetto interessato. Le condizioni "premianti" afferiscono in particolare ai seguenti elementi:

- I. Struttura organizzativa
- II. Corretta gestione delle attività formative
- III. Requisiti di *performance*

---

<sup>5</sup> Con successivo provvedimento la Regione Puglia procederà alla disciplina specifica del sistema "a punti" indicando le procedure di attribuzione del punteggio del "Pacchetto Premiante", di reintegro dei punti, le modalità di utilizzo del Monte crediti, e dettagliando le penalizzazioni che comportano la decurtazione.

In fase di prima applicazione delle presenti Linee guida, relativamente al “Pacchetto Premiante” saranno attribuiti solamente i punteggi relativi al punto I. “Struttura organizzativa” derivanti dalla presenza nell’assetto organizzativo dell’Organismo di personale assunto con contratto di lavoro a tempo indeterminato (TI), secondo quanto di seguito descritto:

Condizioni	Quantificazione
<b>I. Struttura organizzativa</b>	
- Assunzione di personale, con almeno 10 anni di anzianità di servizio, proveniente da Enti che abbiano ricorso ad ammortizzatori sociali in deroga. Applicabile per ogni dipendente ulteriore rispetto alle figure richieste dalla normativa per l’accreditamento.	1,5 punti per ogni dipendente TI full time  1 punto ogni dipendente TI part time
- Numero di dipendenti ulteriori rispetto alle figure richieste dalla normativa per l’accreditamento	1 punto per ogni dipendente a TI full time 0,50 per ogni dipendente TI part time.

Il punteggio massimo che può essere attribuito relativamente a tale blocco di condizioni è 4,50 punti.

### 5.3 Procedure per il mantenimento e per le variazioni dell’accreditamento

La Regione Puglia, tramite controlli periodici *on desk* ed in loco (questi ultimi su tutti i soggetti accreditati) verificherà il mantenimento dei requisiti di accreditamento, compreso il rispetto dei valori soglia dei requisiti di efficienza/efficacia per le attività concluse.

La concessione dell’accreditamento, infatti, è condizionata al possesso delle caratteristiche richieste non solo in ingresso, ma durante l’intera permanenza nel sistema anche in una logica di miglioramento continuo e progressivo.

L’Organismo accreditato provvisoriamente che non possa dimostrare il raggiungimento dei livelli di soglia per il Criterio D, potrà permanere nel sistema come organismo di “nuova costituzione” ancora per un altro anno, se al termine del biennio produrrà evidenza di aver realizzato attività formativa per almeno il 50% delle proprie attività.

Gli Organismi accreditati sono tenuti a dare tempestiva comunicazione alla Regione Puglia (max sette giorni dalla modifica intervenuta) delle eventuali variazioni delle caratteristiche che hanno effetto sui requisiti per l’accreditamento, che dovessero intervenire nel periodo successivo alla data

del rilascio, pena la revoca dell'accreditamento. Inoltre, l'Organismo dovrà inviare anche tutta la documentazione relativa alle modifiche intervenute. Le modalità e la modulistica per tali comunicazioni saranno opportunamente rese disponibili dall'amministrazione.

La Regione valuterà il permanere o meno delle condizioni che hanno consentito l'ottenimento dell'accreditamento.

E' possibile rinunciare volontariamente all'accreditamento; in tal caso, in presenza di attività in corso, deve comunque esserne garantita la conclusione.

L'Organismo formativo accreditato che rinuncia all'accreditamento è cancellato dall'elenco degli Organismi accreditati e non può presentare una nuova domanda di accreditamento prima che sia decorso un anno dalla data del provvedimento di cancellazione dall'elenco dei soggetti accreditati.

L'Organismo formativo che ha rinunciato per due volte all'accreditamento non può presentare una nuova domanda di accreditamento.

## **6) Sospensione e revoca dell'accreditamento**

### **6.1 Sospensione**

Fermo restando quanto previsto dai commi 4 bis e ss. dell'art. 24 L. R. n. 15/2002 così come modificata dalla L. R. n. 9/2006, la sospensione dell'accreditamento può essere disposta nei seguenti casi:

1. inadempienze di maggior rilievo rispetto a quelle oggetto di penalizzazione nell'ambito del "sistema a punti" descritto al precedente paragrafo 5.2 "Monte crediti" e oggetto di successivo specifico atto, quali:
  - inosservanza degli adempimenti previsti dalle norme comunitarie, nazionali e regionali;
  - mancato rispetto degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione delle convenzioni o degli atti unilaterali d'impegno;
  - azioni e/o omissioni tali da far emergere elementi che mettano in dubbio la correttezza, l'efficacia e l'efficienza dello svolgimento dell'attività di formazione professionale;
2. perdita di uno dei requisiti occorrenti per l'accreditamento;
3. mancata comunicazione di variazioni intervenute successivamente alla data del rilascio ed aventi effetto sui requisiti dell'accreditamento;
4. avvio di procedure concorsuali a carico dell'organismo formativo.

Nel caso previsto al punto 1) la sospensione dell'accreditamento non potrà avere una durata superiore ad un anno, trascorso il quale l'Ufficio competente emette un provvedimento di revoca o

di conferma dell'accREDITamento stesso in base ad una verifica sulla persistenza delle condizioni che hanno determinato la sospensione.

Nei casi previsti al punto 2) e 3) l'Ufficio competente stabilisce i tempi entro i quali l'Organismo formativo deve ripristinare le condizioni che hanno determinato l'accREDITamento. Trascorso tale periodo, qualora l'Organismo abbia ottemperato a quanto prescritto dall'ufficio competente, l'accREDITamento viene confermato; in caso contrario, viene emesso il provvedimento di revoca dell'accREDITamento.

Nel caso previsto al punto 4), se la procedura concorsuale si conclude con un provvedimento definitivo negativo, l'accREDITamento viene revocato; in caso contrario, l'Ufficio competente emette un provvedimento di conferma dell'accREDITamento stesso.

Tale disciplina si applica anche agli organismi formativi accREDITati con D.G.R. n.2023 del 29/12/2004 e con D.G.R. n.1503 del 28/10/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

## 6.2 Revoca e decadenza

La revoca e la decadenza dell'accREDITamento si configurano nei seguenti casi:

- 1) rinuncia volontaria dell'Organismo formativo all'accREDITamento (decadenza);
- 2) mancato rispetto dei tempi stabiliti dalla Regione Puglia per sanare variazioni intervenute ad inficiare i requisiti per ottenere l'accREDITamento;
- 3) realizzazione della fattispecie di cui al comma 4 quinquies dell'art. 24 della legge regionale n. 15/2002 così come modificata dalla legge regionale n. 9/2006;
- 4) fallimento, liquidazione volontaria e liquidazione coatta amministrativa del soggetto;
- 5) qualora l'Organismo esaurisca il proprio "Monte crediti" per il sommarsi di penalizzazioni di diversa entità. Quest'ultimo meccanismo sarà operativo successivamente all'atto disciplinante il sistema "a punti";
- 6) qualora l'Organismo formativo accREDITato provvisoriamente ("di nuova costituzione") non raggiunga i livelli di efficacia ed efficienza prescritti, pur avendo svolto attività nel biennio;
- 7) persistenza delle condizioni che hanno determinato la sospensione ai sensi del punto 1) del paragrafo precedente.

Le proposte di revoca dell'accREDITamento, anche su segnalazione formale degli Uffici regionali o provinciali competenti, saranno valutate dal Servizio Formazione Professionale, e – se accolte - approvate con Atto Dirigenziale.

La sospensione o la revoca dell'accREDITamento di un Organismo non pregiudica la conclusione delle attività formative già avviate anche mediante l'affidamento ad altri soggetti con procedure di evidenza pubblica, a garanzia del completamento del percorso formativo da parte dell'utenza. Per attività

formative già avviate sono da intendersi quelle per le quali, alla data del provvedimento amministrativo di sospensione o di revoca dell'accreditamento dell'organismo, sia già stato sottoscritto il relativo atto di convenzione.

In caso di revoca dell'accreditamento dell'organismo, così come descritta a pag. 21, paragrafo 5.1 Procedura per il rilascio dell'accreditamento, nel punto 2) delle cause di rigetto della domanda di accreditamento, l'organismo formativo non può più presentare ulteriori istanze di candidatura.

Tale disciplina si applica anche agli organismi formativi accreditati con D.G.R. n.2023 del 29/12/2004 e con D.G.R. n.1503 del 28/10/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

## **7) Sistema dei controlli**

La Regione Puglia, allo scopo di garantire l'integrazione, la sinergia ed efficacia dei controlli, stabilisce diversi livelli di verifica:

- a) valutazione *on desk* dell'istanza di candidatura secondo le modalità che saranno indicate nell'Avviso;
- b) audit in loco su tutti gli Organismi che hanno presentato istanza di accreditamento, nel quale si accertano veridicità, conformità e operatività dei requisiti prescritti della documentazione prodotta con la domanda (l'irreperibilità dei responsabili di un Organismo che renda impossibile alla Regione l'effettuazione dell'audit, determina il rigetto della domanda di accreditamento);
- c) controlli periodici *on desk* ed in loco (questi ultimi su tutti i soggetti accreditati) per la verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento e del mantenimento dei valori soglia dei requisiti di efficienza/efficacia relativi alle attività concluse;
- d) verifiche attinenti la corretta gestione delle attività formative;
- e) audit periodici in loco a campione o "mirati" in caso di necessità a giudizio della amministrazione regionale, da effettuarsi anche senza preavviso all'Organismo.

Si rammenta che la Regione, in quanto pubblica amministrazione, è responsabile delle dichiarazioni sostitutive rese dagli Organismi, e quindi tenuta ad effettuare controlli sulla veridicità delle stesse su un campione di almeno il 5%, a prescindere dalle procedure di audit legate all'accreditamento. Pertanto, ogni qualvolta venga indicata, quale attestazione del possesso di un requisito, la produzione di una dichiarazione sostitutiva, l'amministrazione regionale assume l'onere, oltre che della verifica documentale rispetto alla corretta redazione della dichiarazione, anche della verifica di veridicità della stessa, mediante accertamento diretto della condizione dichiarata.

La Regione Puglia attraverso apposite procedure previste dalla legge, si può avvalere di Organismi esterni a supporto delle funzioni di istruttoria delle domande di accreditamento, di mantenimento e di richiesta di variazioni oltre alle funzioni di svolgimento delle visite di audit e dei controlli di conformità delle autodichiarazioni, mantenendo una funzione di presidio sul processo di accreditamento.

## **8) Norme transitorie**

L'accREDITAMENTO conseguito secondo la precedente normativa resta valido per **otto mesi a far data dalla pubblicazione dell'Avviso pubblico** con cui si inviteranno gli Organismi formativi a presentare istanza per l'accREDITAMENTO secondo la nuova disciplina.

Durante tale periodo gli stessi Organismi possono partecipare agli Avvisi Pubblici per la presentazione di progetti e, in caso di assegnazione di attività, sono tenuti a concludere le stesse anche oltre il termine degli otto mesi.

E' fatto divieto per gli Organismi che hanno in affidamento attività formativa di modificare la propria natura giuridica prima della conclusione delle stesse.

Gli Organismi formativi accREDITATI secondo la precedente normativa che presentino istanza di candidatura secondo le presenti disposizioni mantengono in ogni caso, e a tutti gli effetti, l'accREDITAMENTO sino alla data del provvedimento di iscrizione nell'elenco regionale degli Organismi accREDITATI o del provvedimento di rigetto.

Trascorsi gli otto mesi, nei confronti di tutti gli Organismi formativi accREDITATI secondo la precedente normativa che non abbiano presentato domanda di accREDITAMENTO secondo la nuova disciplina e che non abbiano in corso attività, l'accREDITAMENTO è revocato automaticamente.

In caso di sopravvenienti modifiche di norme richiamate dal presente documento si procederà alle apposite rettifiche da parte della Regione Puglia.

**SCHEDE TECNICHE**

**CRITERIO A: “RISORSE INFRASTRUTTURALI E LOGISTICHE”**

Requisiti	Tipologia di evidenza	Indicatori di soglia	Modalità di verifica	Note/eccezioni
<p><b>A.1 - Disponibilità ed adeguatezza di locali, arredi e attrezzature</b></p>	<p>Contratti dai quali emergono le caratteristiche identificative del bene; in caso di titolo di possesso diverso dalla proprietà (locazione, comodato, ecc.) la durata non deve essere inferiore a 24 mesi a partire dalla data di richiesta di accreditamento.</p> <p>Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sottoscritta dal legale rappresentante, relativa all'uso della sede</p> <p>Nulla Osta igienico sanitario della ASL competente sulla rispondenza ed adeguatezza dei locali ai fini didattico-formativi.</p> <p>Planimetria redatta sottoscritta ed asseverata, con giuramento da un tecnico abilitato ed iscritto ad albo professionale contenente l'indicazione della destinazione dei vani (aule didattiche, informatiche, laboratori, servizi), la superficie netta e l'altezza di ciascun ambiente.</p> <p>Dichiarazioni di conformità degli impianti tecnologici (idrico/termico/elettrico) ai sensi della Legge 46/90 e del D.P.R. 380/2001 rilasciate dalle ditte installatrici. (In presenza di impianti ascensori, verbale di verifica periodica rilasciato dalla ASL o da un Ente notificato)</p> <p>Certificato Prevenzione Incendi valido oppure Perizia redatta sottoscritta ed asseverata, con giuramento da un tecnico abilitato ed iscritto ad albo professionale che attesti il possesso dei requisiti minimi previsti dalla normativa vigente per attività non soggette a CPI</p> <p>Contratto di manutenzione per gli estintori, stipulato con ditta autorizzata.</p> <p>Elenco delle attrezzature informatiche e/o tecnologiche con l'indicazione delle loro caratteristiche tecniche.</p> <p>Documento sulla valutazione dei rischi ai sensi dell'art 17 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 redatto ai sensi dell'art 28 dello stesso.</p> <p>Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà sottoscritta dal legale rappresentante, relativa all'assolvimento della normativa vigente in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro</p>	<p><b>Composizione del "set minimo" di locali:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un'aula didattica e un laboratorio informatico (in alternativa 1 aula multimediale) ad uso esclusivo con annessi servizi igienici</li> <li>• Un idoneo locale di supporto all'attività formativa destinato alla segreteria/amministrazione ubicato nel medesimo luogo delle aule per la didattica.</li> <li>• Esclusivamente per gli organismi che intendono svolgere attività di Obbligo d'Istruzione- Diritto/dovere, almeno un idoneo locale riservato all'attività di orientamento/consulenza individuale ubicato nel medesimo luogo dei locali per la didattica.</li> </ul> <p><b>Parametri dimensionali:</b></p> <p>I valori di soglia riguardanti la superficie, l'altezza degli ambienti destinati alla didattica e le caratteristiche degli spazi per i servizi igienico sanitari, devono rispettare quelli previsti dalle norme tecniche relative all'edilizia scolastica, meglio specificati nell'Avviso.</p> <p><b>Arredi ed attrezzature:</b></p> <p>L'aula didattica deve essere arredata con almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 postazione di lavoro (tavoli, sedie) per ogni allievo</li> <li>• una lavagna (luminosa/ a fogli mobili)</li> </ul> <p>Il laboratorio informatico deve essere arredato con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 postazioni PC con relativo accesso ad Internet ogni 2 allievi</li> <li>• per corsi a prevalente contenuto informatico dovrà essere presente una postazione PC per ogni allievo con relativo accesso ad Internet</li> </ul> <p>L'aula multimediale deve essere arredata con postazioni di lavoro che rispettino le caratteristiche sia dell'aula teorica che del laboratorio di informatica.</p> <p>Locale a supporto dell'attività formativa deve essere arredato con:</p>	<p>1. Verifica documentale</p> <p>2. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>Per attività formative in cui è prevista la presenza di allievi con problematiche legate a deficit psichici o fisici le attrezzature devono essere munite di dispositivi tecnici adeguati alla specifica problematica.</p>

<p><b>A.2 - Fruibilità dei locali</b></p>	<p>Planimetria redatta sottoscritta ed asseverata, con giuramento da un tecnico abilitato ed iscritto ad albo professionale contenente l'indicazione della destinazione dei vani (aule didattiche, informatiche, laboratori, servizi), la superficie netta e l'altezza di ciascun ambiente.</p> <p>Perizia tecnica redatta sottoscritta ed asseverata con giuramento da un tecnico abilitato ed iscritto ad albo professionale, corredata da planimetria indicativa dei locali in esame e dello stato dei luoghi esterni alla struttura, che attesti gli adempimenti relativi alla eliminazione delle barriere architettoniche (L. 118/71, D.P.R. 384/78, L. 13/89, L. 104/92, D.M.236/89, D. L.vo. 42/96)</p> <p>Apposita segnaletica, in spazio visibile all'utenza, riportante la denominazione dell'Organismo, logo dell'Unione Europea e quello della Regione Puglia.</p> <p>Certificato di agibilità o certificato di collaudo (in caso di nuova costruzione) o certificato di idoneità statica con l'indicazione dei criteri e delle modalità seguite, sottoscritto da un tecnico abilitato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 PC collegato ad Internet con linea ISDN, dedicato all'amministrazione</li> <li>• 1 stampante</li> <li>• 1 videoproiettore</li> <li>• linea telefonica di rete fissa dedicata per gli uffici</li> </ul> <p>Sito internet dell'organismo</p>	<p>1. Verifica documentale</p> <p>2. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	
<p><b>A.3 - Adeguata destinazione d'uso dei locali</b></p>			<p>1. Verifica documentale</p>	

**CRITERIO B: “AFFIDABILITA’ ECONOMICA E FINANZIARIA”**

Requisiti	Tipologia di evidenza	Indicatori di soglia	Modalità di verifica	Note/eccezioni
<b>B.1 - Esistenza di bilancio di esercizio riclassificato</b>	<p>- Copia del Bilancio Depositato ovvero Copia del Bilancio contabile con evidenza dei prospetti contabili della dichiarazione dei redditi (per soggetti non obbligati al deposito di bilancio);</p> <p>- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da parte del legale rappresentante, che attesti il possesso del requisito, redatta su modulistica regionale e sottoscritta da un revisore contabile.</p>	<p>Il bilancio deve essere redatto, anche in forma abbreviata, secondo quanto disposto dagli Art. 2423 e seguenti del Codice Civile. Per i soggetti non obbligati al deposito del Bilancio di Esercizio presso l'Ufficio del Registro, la riclassificazione di bilancio dovrà comunque essere predisposta secondo i medesimi criteri utilizzati secondo il disposto normativo di cui sopra.</p>	<p>1. Verifica documentale.</p> <p>2. Verifica a campione tramite interrogazione sui sistemi anagrafici del Registro Imprese (solo per soggetti tenuti al deposito di bilancio)</p> <p>3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>Tale requisito non vale per gli organismi che non hanno ancora prodotto il primo bilancio.</p>
<b>B.2 - Assenza di stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e di procedimenti nei confronti dell'Organismo.</b>	<p>Dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del legale rappresentante che attesta il possesso del requisito;</p>		<p>1. Verifica documentale.</p> <p>2. Verifica a campione tramite l'acquisizione del Certificato del Tribunale - Sezione fallimentare.</p>	
<b>B.3 - Rispetto degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse, secondo la legislazione nazionale</b>	<p>Dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del legale rappresentante che attesta il possesso del requisito;</p>		<p>1. Verifica documentale.</p> <p>2. Verifica a campione tramite l'acquisizione del Certificato di Assenza di penendenze tributarie rilasciato dall'Agenzia delle Entrate, della Liberatoria amministrativa rilasciata dall'Ufficio della Riscossione delle Imposte e della verifica ex Decreto del</p>	

			Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 40 del 18 gennaio 2008	
<b>B.4 - Rispetto della regolarità contributiva la secondo legislazione nazionale;"</b>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del legale rappresentante che attesta il possesso del requisito;		1. Verifica documentale. 2. Verifica a campione tramite l'acquisizione dei Certificati di regolarità contributiva rilasciati dall'INPS e dall'INAIL.	
<b>B.5 - Rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili</b>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del legale rappresentante che attesta il possesso del requisito;		1. Verifica documentale. 2. Verifica a campione tramite l'acquisizione della Certificazione rilasciata dagli Uffici Disabili aventi sede presso i Centri per l'impiego delle Province.	
<b>B.6 - Presenza di un'organizzazione e contabile articolata per singola attività progettuale</b>	Dichiarazione sostitutiva di certificazione da parte del legale rappresentante che attesta il possesso del requisito;		1. Verifica documentale. 3.Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco	
<b>B.7 - Affidabilità morale dei legali rappresentanti e degli Amministratori degli organismi, in attuazione delle Direttive 2004/17 CE e 2004/18 CE e dell'art. 38 del D. Lgs. 163/2006.</b>	- Nulla Osta Antimafia rilasciato dalla competente Camera di Commercio, Agricoltura Industria; - Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (da parte del legale rappresentante e dei singoli amministratori) che attesti il possesso del requisito.		1. Verifica documentale. 2. Verifica a campione tramite richiesta al competente ufficio del Casellario giudiziale dei certificati attestanti il possesso del requisito e l'assenza delle cause di esclusione, indicate nell'art. 38 del D. Lgs. 163/2006.	

**CRITERIO C: “CAPACITA’ GESTIONALI E RISORSE PROFESSIONALI”**

Requisiti	Tipologia di evidenza	Indicatori di soglia	Modalità di verifica	Note/eccezioni
<b>C.1 - Assetto organizzativo trasparente dell'organismo</b>	-Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da parte del legale rappresentante che attesta il possesso del requisito. -Creazione e conservazione e aggiornamento dell'Organigramma nominativo e mansionario o altro documento formale che definisca l'organizzazione della struttura formativa.	I documenti dovranno indicare esplicitamente per l' <b>Organismo che intende accreditarsi</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• il modello organizzativo;</li> <li>• funzioni, responsabilità e ruoli, nominativi;</li> <li>• l'indicazione del referente interno individuato per l'accreditamento</li> </ul>	1. Verifica documentale. 3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco	L'Organigramma ed il mansionario devono essere relativi alla "struttura" organizzativa che si intende accreditare per la formazione e non al Soggetto giuridico in sé (ad es. in caso di Università/Istituti scolastici gli operatori che ricoprono le funzioni richieste e non quelli che ricoprono ruoli "istituzionali" nell'Organismo, in caso di Associazioni di categoria la direzione che si occupa della formazione, ecc). Per lo svolgimento delle attività di <b>obbligo d'istruzione/diritto -dovere</b> formalizzazione del "modello organizzativo" per l'istruzione e formazione dei giovani fino a diciotto anni.
<b>C.2 - Presidio funzionale dei processi da parte dell'organismo</b>	- Copia del contratto di lavoro e ricevuta dell'avvenuta comunicazione di assunzione al Centro per l'impiego; Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da parte della persona che presidia la funzione, che attesta il possesso del requisito in tutte le sue		Per tutte le funzioni verifica almeno a campione, con accertamento diretto	In attuazione del D.L. 29-11-2007, è richiesta <b>obbligatoriamente</b>

	<p>componenti; - Curriculum vitae.</p>		<p>della veridicità delle dichiarazioni rese, attraverso l'acquisizione effettuata direttamente dall'amministrazione regionale, alle scadenze previste, del certificato del Casellario giudiziario.</p>	<p><b>L'applicazione del contratto collettivo nazionale della formazione professionale (cfr. Legge Regionale 32/2011)</b> nella gestione del personale dipendente impegnato per lo svolgimento delle attività di <b>obbligo d'istruzione/diritto -dovere.</b></p>
<p><b>C.2.1 - Processo di direzione</b></p>	<p>- Copia del contratto di lavoro e ricevuta dell'avvenuta comunicazione di assunzione al Centro per l'impiego; - Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da parte della persona che presidia la funzione di direzione, che attesta il possesso del requisito in tutte le sue componenti; - Curriculum vitae.</p>	<p>Presidio della funzione da parte di <b>almeno una persona</b>, con il ruolo di Responsabile, avente le seguenti credenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deve essere legata all'organismo mediante rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, sin dalla richiesta di accreditamento;</li> <li>• in possesso di :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- diploma di laurea + almeno 2 anni di esperienza significativa in attività di pianificazione/organizzazione/gestione delle risorse umane nel settore della formazione professionale/istruzione/politiche attive del lavoro/servizi alle imprese, oppure diploma di scuola superiore + almeno 3 anni di esperienza significativa in attività di pianificazione/organizzazione/gestione delle risorse umane nel settore della formazione professionale/istruzione/politiche attive del lavoro/servizi alle imprese</li> </ul> </li> <li>• non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.</li> </ul>	<p>1. Verifica documentale. 3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	
<p><b>C.2.2 - Processo di gestione</b></p>	<p>- Copia del contratto di lavoro e ricevuta dell'avvenuta comunicazione di assunzione al Centro per l'impiego;</p>	<p>Presidio della funzione da parte di <b>almeno una</b></p>	<p>1. Verifica documentale.</p>	

<p><b>economico-amministrativa</b></p>	<p>Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da parte della persona che presidia la funzione, che attesta il possesso del requisito in tutte le sue componenti;</p> <p>- Curriculum vitae.</p>	<p><b>persona</b>, con il ruolo di <b>Responsabile</b>, avente le seguenti credenziali:</p> <p>a) deve essere legata all'organismo mediante rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, sin dalla richiesta di accreditamento;</p> <p>b) in possesso di : -diploma di laurea + almeno 2 anni di esperienza significativa nella gestione amministrativa di risorse finanziarie pubbliche, oppure: - diploma di scuola superiore + almeno 3 anni di esperienza significativa nella gestione amministrativa di risorse finanziarie pubbliche e/o private;</p> <p>c) non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.</p>	<p>3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	
<p><b>C.2.3 - Processo di analisi e definizione dei fabbisogni</b></p>		<p>Presidio della funzione da parte di figure con le seguenti credenziali:</p> <p>a) deve essere legata all'organismo mediante rapporto di lavoro o incarico specifico.</p> <p>b) in possesso di : - diploma di laurea + almeno 2 anni di esperienza di analisi o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze, oppure - diploma di scuola superiore + almeno 3 anni di esperienza di analisi o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze.</p> <p>Tali competenze riguardano: - la rilevazione del fabbisogno formativo utilizzando procedure e risultati di indagini realizzate; - il supporto alla elaborazione di strategie di intervento formativo coerenti ai fabbisogni rilevati.</p> <p>c) non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.</p>	<p>1. Verifica documentale. 3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	

<p><b>C.2.4 - Processo di progettazione</b></p>		<p>Presidio della funzione da parte di figure con le seguenti credenziali:</p> <p>a) deve essere legata all'organismo mediante rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato oppure mediante rapporto di lavoro o incarico specifico;</p> <p>b) in possesso di :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diploma di laurea + almeno 2 anni di esperienza in progettazione o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze; oppure</li> <li>- diploma di scuola superiore + almeno 3 anni di esperienza in progettazione o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze.</li> </ul> <p>Le competenze riguardano la</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elaborazione del percorso formativo in relazione alle competenze da acquisire mediante moduli ed unità didattiche e anche risultati di apprendimento (progettazione per competenze);</li> <li>- individuazione delle condizioni di fattibilità ottimali, dal punto di vista dell'utenza e della sede operativa;</li> <li>- elaborazione di preventivi finanziari conformi alle normative.</li> </ul> <p>c) non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.</p>	<p>1. Verifica documentale. 3.Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>Il contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato è richiesto nel caso descritto nel paragrafo 3.2.1.</p>
<p><b>C.2.5.1 - Processo di erogazione – Funzione <u>coordinatore di progetto</u></b></p>		<p>Presidio della funzione da parte di figure con le seguenti credenziali:</p> <p>a) deve essere legato all'organismo mediante rapporto di lavoro o incarico specifico.</p> <p>b) in possesso di :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diploma di laurea + almeno 2 anni di esperienze di coordinamento o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze, oppure</li> <li>- diploma di scuola superiore + almeno 3 anni di esperienze di coordinamento o di specifica formazione conseguita da cui</li> </ul>	<p>1. Verifica documentale. 3.Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	

<p><b>C.2.5.2 - Processo di erogazione – Funzione <u>tutor</u></b></p>		<p>evincere il possesso delle competenze. Tali competenze riguardano: - il coordinare le risorse umane, economiche, organizzative ed informative conformemente al progetto di massima; - il monitoraggio delle azioni e dei programmi di attività, individuando criticità e definendo strategie di risoluzione; c) non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.</p>		
		<p>Presidio della funzione da parte di figure con le seguenti credenziali: a) deve essere legato all'organismo mediante rapporto di lavoro o incarico specifico. b) in possesso di : - diploma di laurea + almeno 2 anni di esperienze di tutoring o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze, oppure - diploma di scuola superiore + almeno 3 anni di esperienze di tutoring o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze. Tali competenze riguardano: - realizzare interventi di socializzazione e/o di sviluppo del clima d'aula; - identificare suggerimenti migliorativi dell'intervento e dei processi di apprendimento dei partecipanti, a supporto del coordinatore e dei docenti; - raccordo tra il gruppo classe ed i referenti dell'erogazione dell'attività formativa (coordinatore docenti) - intercettazione di fabbisogni e necessità provenienti dalla classe c) non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura</p>	<p>1. Verifica documentale. 3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	

<p><b>C.2.5.3 - Processo di erogazione – Funzione <u>docente</u></b></p>		<p>amministrativo-finanziaria.</p> <p>Presidio della funzione da parte di figure con le seguenti credenziali:</p> <p>a) deve essere legato all'organismo mediante rapporto di lavoro o incarico specifico.</p> <p>b) in possesso di :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per la formazione teorica - diploma di laurea + abilitazione all'insegnamento o almeno 1 anno di docenza o di specifica formazione conseguita/esperienza da cui evincere il possesso delle competenze necessarie, oppure</li> <li>- per la formazione pratica - diploma di scuola superiore + almeno 1 anno docenza o di specifica formazione conseguita da cui evincere il possesso delle competenze necessarie.</li> </ul> <p>Tali competenze riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- predisporre un programma formativo di dettaglio completo ed eventuale materiale didattico;</li> <li>- utilizzare metodologie e tecnologie didattiche in modo pertinente a target e contenuti;</li> <li>- verificare gli apprendimenti ed eventualmente ridefinire anche parzialmente contenuti e modalità didattiche.</li> </ul> <p>a) non deve avere a proprio carico sentenze di condanne passate in giudicato per reati contro la P.A. o per reati di natura amministrativo-finanziaria.</p>	<p>I. Verifica documentale.</p> <p>3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>Nel caso in cui vengano utilizzati "esperti" impegnati in attività di docenza dovranno essere in possesso dei requisiti individuati al punto B.2.a. lett. a) della circolare n. 2/2009 del Ministero del Lavoro, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica n.117 del 22/05/2009.</p> <p>Il sistema prevede, in relazione delle competenze di base, l'utilizzo di docenti in possesso di abilitazione. Per i docenti delle materie professionali è sufficiente un diploma di scuola secondaria superiore ed una esperienza quinquennale. Tale personale deve documentare le esperienze acquisite nell'insegnamento nella formazione professionale iniziale, ivi comprese quelle maturate nei percorsi sperimentali di cui</p>
--	--	---	--	--

<p><b>C.2.5.4 - Processo di erogazione – Funzione – valutazione degli apprendimenti e delle competenze</b></p>		<p>Lo standard minimo per tale funzione sarà delineato successivamente. Il presidio della funzione, con il relativo standard minimo, sarà obbligatorio dal momento della adozione del Sistema Regionale delle Competenze, in via di definizione da parte dell'amministrazione regionale.</p>	<p>1. Verifica documentale. 3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>all'accordo quadro in sede di Conferenza unificata 19 giugno 2003.</p>
				<p><b>Esclusivamente per attività di obbligo d'istruzione-Diritto/Dovere, già dall'avvio del sistema di accreditamento,</b> l'organismo dovrà <u>dimostrare di avere un "progetto" formalizzato che descriva la collegialità nella progettazione per competenze e nella gestione delle attività didattiche e formative e</u> l'adozione di un <u>sistema interno di valutazione e certificazione periodica e finale dei risultati di apprendimento,</u> attraverso la <u>conservazione di specifica documentazione comprovante l'attività svolta (per organismi esistenti) e/o la modulistica ed i documenti programmatici (nel caso di organismi "nuovi"). Esempio :</u> progettazione di dettaglio e di classe, verbali consigli di</p>



**CRITERIO D: “LIVELLI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA”**

## D1. "LIVELLI DI EFFICACIA"

Requisiti	Tipologia di evidenza	Indicatori di soglia	Modalità di verifica	Note/eccezioni
<p><b>D1.1 - Livello di abbandono</b></p> <p>Misura la capacità di portare al termine del percorso formativo coloro che lo hanno intrapreso</p>	<p>Dati estratti dal sistema di monitoraggio ovvero dati comunicati dall'organismo con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà</p>	<p>ABB non superiore al 30%</p> <p>Dove ABB è definito come: [(AAC-AFC) + ABP/4 ] / AAC</p> <p>In cui: AAC = numero allievi ad avvio corso AFC = numero allievi a fine corso ABP = numero degli allievi frequentanti ad avvio corso che hanno rinunciato al corso entro il primo 25% delle ore previste</p>	<p>Analisi dei rendiconti e delle informazioni inserite dall' Organismo nel sistema di monitoraggio e relative alle attività concluse nell'anno di riferimento.</p> <p>Verifiche / audit in loco (effettuati in via ordinaria e/o finalizzata da parte dell'ufficio competente)</p>	<p>È necessario escludere dal calcolo dell' indicatore le attività di Obbligo d'istruzione/Diritto-Dovere e coloro che abbandonano il corso con prospettive ulteriori (documentate con elenco dettagliato e riscontrabile delle persone che hanno trovato lavoro o sono rientrate in un altro percorso formativo di istruzione o F.P., ecc)</p>
<p><b>D1.2 - Livello di successo formativo</b></p> <p>Misura la capacità degli allievi formati di conseguire una valutazione esterna positiva (attestazione di qualifica, attestazione di competenze,...) alla fine del percorso formativo</p>	<p>Dati estratti dal sistema di monitoraggio ovvero dati comunicati dall' Organismo con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà</p>	<p>AQ / AFC non inferiore al 90%</p> <p>Dove AQ sono gli allievi che hanno superato la fase di certificazione delle competenze a fine corso ed AFC sono gli allievi frequentanti alla chiusura del corso</p>	<p>Analisi dei rendiconti e delle informazioni inserite dall' Organismo nel sistema di monitoraggio e relative alle attività concluse nell'anno di riferimento.</p> <p>Verifiche / audit in loco (effettuati in via ordinaria e/o finalizzata da parte dell'ufficio competente)</p>	

<p><b>D 1.3 - Livello di occupazione (o rientro nel sistema scolastico)</b></p> <p>Misura l'efficacia relativa del progetto formativo nel fornire le competenze utili all'ingresso / rientro nel mercato del lavoro (ovvero competenze e motivazioni necessarie al rientro nel sistema scolastico)</p>	<p>Dati comunicati dall'Organismo con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà</p> <p>Esiti di specifiche indagini Placement (Indagine nazionale ISFOL e indagini regionali)</p>	<p>Indicatori di soglia specifici per ambito e tipologia di intervento e comunque non inferiori al 70% dei valori medi riscontrati nel periodo di riferimento all'interno del medesimo ambito / tipologia</p>	<p>Verifiche effettuate tramite i dati in possesso dell'Amministrazione relativi alle Comunicazioni Obbligatorie, eventualmente integrati con ulteriori fonti informative ed interviste dirette.</p>	<p>Requisito non applicabile alle attività formative rivolte a persone sottoposte a misure private o limitative della libertà personale ed alla formazione rivolta a soggetti già occupati.</p>
<p><b>D 1.4 - Livello di soddisfazione</b></p> <p>Misura la percezione positiva dei percorsi formativi da parte di coloro che ne sono coinvolti.</p>	<p>Specifici questionari somministrati tramite mail o telefono a ciascuna dei seguenti target group (a seconda delle specifiche attività):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• allievi</li> <li>• famiglie</li> <li>• docenti / tutor</li> <li>• aziende</li> </ul> <p>dopo la metà e dopo il termine delle attività.</p>	<p>Valutazioni positive non inferiori al 60% per ciascuna delle componenti intervistate</p>	<p>Verifica dei dati rivolti dai questionari/indagini effettuate ed ulteriori approfondimenti delle situazioni manifestanti criticità, anche ricorrendo a specifici audit</p>	

## D2. “LIVELLI DI EFFICIENZA”

Requisiti	Tipologia di evidenza	Indicatori di soglia	Modalità di verifica	Note/eccezioni
<b>D.2.1 Livello di spesa rendicontata</b> Rapporto tra importi certificati/rendicontati ed importi approvati	Dati estratti dal sistema di monitoraggio / altre fonti	Scostamento non superiore al 15%	Analisi dei rendiconti presentati dall' Organismo relativi alle attività concluse nell' anno di riferimento.  Verifiche / audit in loco (effettuati in via ordinaria e/o finalizzata da parte dell' ufficio competente)	
<b>D.2.2 Livello di spesa riconosciuta</b> Rapporto tra importi riconosciuti a seguito di verifica contabile ed importi certificati/rendicontati	Dati estratti dal sistema di monitoraggio / altre fonti	Scostamento non superiore al 10%	Analisi dei rendiconti presentati dall' Organismo relativi alle attività nell' anno di riferimento.  Verifiche / audit in loco (effettuati in via ordinaria e/o finalizzata da parte dell' ufficio competente)	
<b>D.2.2 Costo allievo</b> Rapporto tra costo allievo rendicontato e costo allievo previsto	Dati estratti dal sistema di monitoraggio / altre fonti	Scostamento non superiore al 20%	Analisi dei rendiconti presentati dall' Organismo relativi alle attività nell' anno di riferimento.  Verifiche / audit in loco (effettuati in via ordinaria e/o finalizzata da parte dell' ufficio competente)	

**CRITERIO E: “RELAZIONI CON IL TERRITORIO”**

Requisiti	Tipologia di evidenza	Indicatori di soglia	Modalità di verifica	Note
<b>E.1 Capacità di garantire rapporti di cooperazione</b>	<p>Frequenza e tipologia di rapporti con soggetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ che operano nel sistema dell'education, comprese aziende che svolgono una funzione formativa ospitando stage, tirocini, collaborando alla realizzazione di percorsi di alternanza scuola-lavoro, cooperando alla realizzazione di percorsi di istruzione-formazione nell'ambito di poli e distretti integrati;</li> <li>▪ che svolgono funzioni sociali di supporto alla disabilità, di assistenza nelle situazioni di disagio e di difficoltà, all'inserimento ed alla permanenza nel mercato del lavoro</li> </ul>	<p>Significativa documentazione attestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'esistenza ed il contenuto di rapporti con le tipologie di soggetti indicate;</li> <li>• adesione a partenariati formalmente attivati con le tipologie di soggetti indicate;</li> <li>• costituzione/adesione ad organismi misti;</li> <li>• progetti realizzati in partenariato come capofila o come partner;</li> <li>• partecipazione non occasionale a sedi istituzionali di confronto su tematiche della formazione;</li> <li>• protocolli d'intesa, accordi formalizzati.</li> <li>• documentazione attestante, nei corsi eventualmente già realizzati, l'effettuazione di periodi di stages, proporzionali alla durata dell'intervento formativo;</li> <li>• archivio di aziende disponibili ad ospitare stages, significativo a livello regionale, sia qualitativamente che quantitativamente, rapportato ai settori produttivi pertinenti con gli indirizzi di formazione (dati identificativi dell'azienda, settore economico prevalente, tematiche della collaborazione, tipo di formalizzazione della collaborazione).</li> </ul>	<p>1. Verifica documentale. 3. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>Per l'accreditamento per attività di obbligo d'istruzione-Diritto/Dovere, l'Organismo dovrà dimostrare di “prevedere stabili relazioni con le famiglie e con i soggetti economici e sociali del territorio, anche attraverso misure di accompagnamento per favorire il successo formativo”, attraverso la conservazione di specifica documentazione comprovante l'attività svolta (per Organismi esistenti) e/o la modulistica ed i documenti programmatici (nel caso di Organismi “nuovi”).</p>

<p><b>E.2 Capacità di leggere ed interpretare l'insieme dei fabbisogni espressi dagli individui e dal territorio</b></p>	<p>Frequenza e tipologia di rapporti con:  - gli attori che rappresentano il mondo produttivo e del lavoro, dimostrando di saper cogliere il fabbisogno professionale da essi espresso in maniera più o meno esplicita;  - le diverse tipologie di utenza, e relative forme di rappresentanza dimostrando di saper leggere ed interpretare il fabbisogno di formazione esplicito ( o tacito) dei diversi <i>target</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco delle aziende (medio-piccole e/o grandi, secondo la definizione comunitaria) che hanno commissionato o che sono disponibili a commissionare all'organismo di formazione interventi formativi per le proprie necessità.</li> </ul>	<p>1. Verifica documentale.  2. Verifica con accertamento diretto attraverso audit in loco</p>	<p>Per l'accreditamento per attività di obbligo d'istruzione-Diritto/Dovere, l'Organismo dovrà dimostrare di <i>“prevedere stabili relazioni con le famiglie e con i soggetti economici e sociali del territorio, anche attraverso misure di accompagnamento per favorire il successo formativo”</i>, attraverso la conservazione di specifica documentazione comprovante l'attività svolta (per Organismi esistenti) e/o la modulistica ed i documenti programmatici (nel caso di Organismi <i>“nuovi”</i>).</p>
--	--	---	--	---

**ALLEGATO B****CIRCOLARE ESPLICATIVA SULLA NUOVA DISCIPLINA  
DELL'ACCREDITAMENTO DEGLI ORGANISMI FORMATIVI****1. INTRODUZIONE**

Con Deliberazione di Giunta n. 195 del 31.01.2012, pubblicata sul B.U.R. Puglia n. 26 del 21/02/2012, sono state approvate le Linee Guida per l'accREDITamento degli organismi formativi; con successiva deliberazione n. 598 del 28.03.2012 pubblicata sul B.U.R. Puglia n. 56 del 18/4/2012, n. 1105 del 05/06/2012 pubblicata sul B.U.R. Puglia n. 91 del 26 giugno 2012, n. 1560 del 31 luglio 2012 pubblicata sul B.U.R. Puglia n. 125 del 28/08/2012 la Giunta ha inoltre approvato talune modifiche ed integrazioni alla suddette Linee Guida. In conseguenza di dette Linee Guida, è stato quindi emanato da questo Servizio l'Avviso Pubblico approvato con a.d. 1191 del 09/07/2012 e pubblicato sul B.U.R. Puglia n. 102 del 12/7/2012, relativo alla presentazione delle domande di accREDITamento degli organismi formativi (seconda fase: candidatura).

La nuova disciplina dell'accREDITamento, conseguente alla modifica della formulazione originaria dell'art. 24 della L.R. 7 agosto 2002, n. 15 e s.m.i., è rivolta ad introdurre standard di qualità nell'erogazione delle attività formative al fine di realizzare politiche pubbliche di sviluppo delle risorse umane nel territorio regionale.

Ai fini di un corretto quadro di riferimento, va innanzitutto premessa la particolare valenza sottesa al sistema dell'accREDITamento, fortemente connotato da aspetti pubblicistici, in considerazione della necessità di garantire servizi di alta qualità nei confronti dell'utenza e dei cittadini beneficiari.

Al fine di agevolare la corretta applicazione della nuova disciplina durante la sua prima fase di applicazione, si redige questa circolare esplicativa, con l'intento di fornire una serie di chiarimenti in merito ad alcuni dubbi interpretativi emersi nel primo periodo di vigenza del nuovo sistema di accREDITamento ed in relazione alla fase di candidatura degli organismi interessati.

Ovviamente, la presente circolare, non potendo assumere valenza di esaustività, intende costituire un primo contributo finalizzato da un lato a fornire adeguati criteri di comportamento ai funzionari impegnati nelle istruttorie amministrative in questione, dall'altro - in un'ottica di trasparenza dell'azione amministrativa - a perseguire l'ulteriore intento di agevolare gli operatori interessati nell'interpretazione di una normativa particolarmente complessa ed innovativa.

**2. LO SCOPO DELL'ACCREDITAMENTO – LEGITTIMAZIONE ALLA CANDIDATURA - ONERI CONNESSI -**

Il sistema delineato dalla Giunta con le surrichiamate Deliberazioni ha voluto focalizzare il procedimento di accREDITamento sugli Organismi di formazione. Le motivazioni sottese a tale scelta possono essere schematicamente riassunte nella esigenza di assecondare una nuova strategia intesa a qualificare l'offerta formativa, in modo tale da renderla maggiormente capace di rispondere all'evoluzione della domanda sociale, dei fabbisogni formativi del territorio, dello scenario politico istituzionale, secondo standard di qualità in grado, appunto,

di qualificare le politiche pubbliche di sviluppo delle risorse umane nel territorio regionale. In tale contesto, lo stesso sistema, intende innanzitutto costituire un meccanismo di individuazione e di verifica preventiva delle capacità dei soggetti che intendono realizzare attività formative finanziate con risorse pubbliche, in modo tale da poter erogare servizi qualitativamente soddisfacenti nei confronti dell'utenza.

#### 2.1 IL SET MINIMO DI RISORSE UMANE

Pertanto, la concessione dell'accreditamento corrisponde ad un riconoscimento di idoneità dei soggetti che si candidano a gestire iniziative di formazione nell'ambito delle procedure regionali e provinciali, fornendo "sufficienti garanzie" di competenze e di dotazione di risorse umane e strumentali. Tale riconoscimento necessita e presuppone – seppur per un set minimo – della sussistenza di alcuni requisiti qualitativi, ovvero di un assetto organizzativo costituito da risorse umane e strumentali tali da poter garantire (almeno nelle figure-chiave) in maniera stabile e continuativa un presidio del servizio e della stessa funzione amministrata in nome e per conto della Regione. In questo quadro rientrano gli oneri assunzionali richiesti agli organismi privati ai fini dell'accreditamento, essenzialmente incentrati ad assecondare la legittima esigenza di garantire (nella gestione di attività di rilevanza pubblicistica attraverso risorse pubbliche a ciò finalizzate) un'interlocuzione stabile e continuativa, attraverso figure professionalmente dedicate, in maniera non occasionale, al presidio di taluni fondamentali processi. Ed infatti, nel caso di soggetti privati, la relazione che deve necessariamente animare il rapporto tra questi ed il sistema regionale della formazione professionale ai fini dell'erogazione di risorse pubbliche (e quindi del riconoscimento concessorio dell'accreditamento), non può essere lasciato all'autonomia assoluta degli stessi operatori.

Per tali ragioni, si sottolinea come le figure chiave volte a garantire tali processi debbano essere ricomprese nell'alveo della subordinazione, poiché come evidenziato dalla giurisprudenza unanime (risalente sin dalla nota sentenza del Trib. Milano, 5 aprile 2007), nonché come ribadito dalla prassi ministeriale (cfr., Circ. Min. Lav., nr. 1/04 e Circ. Min. Lav., nr. 17/06) il lavoro a progetto deve concernere attività non usuali per l'impresa e non rinvenibili nell'organigramma aziendale. Ovviamente, le figure obbligatorie sono inconciliabili con tale forma di parasubordinazione.

*Ciò anche alla luce del combinato disposto dell'art. 10 del C.C.N.L. Formazione Professionale 2007-2010 e dell'All. 7 del C.C.N.L. Formazione Professionale 2011-2013, il quale, ove più favorevole, funge da normativa contrattuale di riferimento limitatamente alle figure professionali deputate ad attività formative (vd art. 23, comma 1 lettera c) della L.R. n. 15 del 2002 e s.m.i.).*

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 24 della stessa L.R. 7 agosto 2002, n. 15 e sm.i., l'accreditamento è un processo che riguarda gli "Enti", tanto che lo stesso articolo, ai commi 4 bis e seguenti, ne prevede la sospensione o la revoca d'ufficio in determinati casi.

Nella accezione "Enti" sono quindi da intendersi destinatari della procedura d'accreditamento tutte le entità, pubbliche o private, che precipuamente abbiano tra i propri scopi e fini istituzionali e/o statuari, espressamente dichiarati, l'attività di formazione, che dispongano di almeno un set minimo di risorse umane e strumentali localizzato nella Regione e che intendano esser titolari ed erogare attività di formazione finanziate con risorse pubbliche a ciò esplicitamente destinate.

#### 4. I SOGGETTI ISTITUZIONALI

##### ***ISTITUTI SCOLASTICI – UNIVERSITA’***

In tale complesso scenario di riferimento operano, come è noto, anche i Soggetti pubblici esercitanti istituzionalmente ed in proprio, in modo stabile e continuativo, funzioni ed attività di istruzione scolastica, professionale ed universitaria, anch'esse precipuamente caratterizzate da logiche e finalità di pubblico interesse, seppur perseguite in ragione e nel contesto del sistema scolastico od universitario di appartenenza. Del resto, la stessa L.R. n. 15 del 2002, nel disciplinare la materia della formazione professionale, riconosce espressamente il ruolo della scuola e delle università, disciplinando in appositi articoli (18 e 19) il rapporto istituzionale di tali Soggetti con la Regione.

In tale contesto, il valore fondamentale tutelato dalla nuova disciplina di accreditamento, ovvero uno stabile (e non occasionale) presidio di taluni processi fondamentali, risulta di per sè presente e garantito all'interno delle istituzioni scolastiche ed universitarie, in ordine alle quali la disciplina regionale in materia di accreditamento non può che limitarsi ad un'interfaccia, favorendo meccanismi di riconoscimento e di interconnessione reciproci, non potendo, del resto, nulla prescrivere in termini di assunzione del personale nei confronti di altri soggetti pubblici.

In questa logica si inquadrano e trovano giustificazione le specifiche deroghe, con riferimento ai criteri ed ai requisiti per l'accREDITAMENTO delle istituzioni scolastiche ed universitarie di seguito esplicitate.

Con riferimento al **CRITERIO A “Risorse infrastrutturali e logistiche”**, per quanto specificatamente attiene alle Istituzioni scolastiche pubbliche esse - nelle more dell'acquisizione dei documenti e delle certificazioni richieste dalle Linee Guida non in possesso dei suddetti Istituti - potranno richiamare, in luogo degli stessi, gli estremi della suddetta richiesta di acquisizione.

Per quanto invece specificatamente attiene alle Università, in considerazione della specifica disciplina relativa all'accREDITAMENTO delle stesse (in conformità a quanto previsto dall'art. 5, lettera a) della legge n. 240/2010, al conseguente Decreto Leg.vo 27.01.2012 n. 19 ed al D.M. 30.01.2013, n. 47), esse, in virtù del riconoscimento reciproco tra istituzioni pubbliche, oltre alla compilazione del campo anagrafico dovranno semplicemente riportare gli estremi del provvedimento con il quale hanno ottenuto l'accREDITAMENTO conformemente alla specifica disciplina di riferimento sopra riportata.

Inoltre, in relazione al processo attuativo avviato dalla legge 30/12/2010 n. 240 che consente un'articolazione degli Atenei in Dipartimenti dotati di autonomia organizzativa, operativa e gestionale, l'accREDITAMENTO, con le stesse modalità, può essere rilasciato in capo ai singoli Dipartimenti.

##### ***ACCREDITAMENTO PER LE ATTIVITÀ “OBBLIGO D’ISTRUZIONE/DIRITTO-DOVERE” – ISTITUTI PROFESSIONALI DI STATO***

Con riferimento alla disciplina dell'accREDITamento per lo svolgimento di attività di Obbligo d'istruzione/Diritto-Dovere, il DPR n. 87/2010, recante norme per il riordino degli Istituti professionali, prevede all'articolo 2, comma 3, che gli Istituti professionali di Stato possono svolgere, in regime di sussidiarietà e nel rispetto delle competenze esclusive delle Regioni in materia, un ruolo complementare e integrativo rispetto al sistema di istruzione e formazione professionale ai fini del conseguimento di qualifiche e diplomi professionali di cui all'art. 17 del D. Lgs. N. 226/2005. Orbene, al fine di dirimere alcuni dubbi interpretativi, si precisa che questa amministrazione con Deliberazione di Giunta Regionale n. 126 del 25 gennaio 2012 ha disciplinato lo svolgimento delle attività di "obbligo di istruzione/diritto-dovere" da parte degli Istituti Professionali di Stato optando per il regime di sussidiarietà integrativa e approvando un accordo con l'Ufficio Scolastico regionale Puglia che individua gli Istituti Professionali Statali della Regione Puglia che hanno deliberato, nella loro autonomia, di voler realizzare percorsi di istruzione e formazione professionale.

Considerato, dunque, che nel regime di sussidiarietà integrativa, gli Istituti professionali operano di concerto con le strutture della formazione professionale per realizzare i percorsi triennali, si precisa che gli stessi sono esclusi dall'accREDITamento per l'obbligo formativo previsto dal paragrafo 2.1 delle Linee Guida approvate con D.G.R. n. 195/2012 e s.m.i..

#### **ALTRI SOGGETTI PUBBLICI**

Per quanto attiene ai soggetti pubblici, si precisa che l'individuazione del personale a presidio dei processi indicati al criterio C - Capacità gestionali e risorse professionali - , deve avvenire con atto formale dell'amministrazione interessata.

#### **5. CHIARIMENTI IN MERITO AL REQUISITO D – EFFICACIA ED EFFICIENZA -**

I requisiti di efficacia ed efficienza e le relative soglie sono calibrati su attività formative tipiche, intese come corsi in aula con un gruppo di allievi che inizia e termina un percorso unitario.

Appare pertanto opportuno, per non alterare gli esiti della verifica di tali requisiti, escludere dalla valutazione degli stessi, attività atipiche rispetto a queste, quali ad esempio quelle relative all'apprendistato professionalizzante, [per le quali il tasso di abbandono è più imputabile a fattori contingenti legati all'attività lavorativa degli apprendisti piuttosto che all'organismo di formazione], alla formazione continua ed a quella rivolta ai militari, alla formazione finanziata con voucher, alle attività relative all'obbligo di leFP , alle attività della cd. *terza area*, alle attività formative rivolte a soggetti sottoposti a misure privative o limitative della libertà, azioni di ricerca, sensibilizzazione e comunicazione.

Sarà pertanto opportuno che l'elenco, sottoscritto dal legale rappresentante, delle attività svolte nelle tre annualità precedenti la candidatura riporti in maniera distinta le attività soggette a verifica dei requisiti di efficacia ed efficienza e quelle escluse, con le relative motivazioni come sopra indicate.

Si ribadisce inoltre che, essendo le soglie individuate nelle Linee Guida riferite alla media di tutte le attività svolte, il superamento di una o più delle suddette soglie in uno o più corsi può essere compensato dagli esiti positivi degli altri corsi.

## 6. NORME TRANSITORIE – SECONDA ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

A seguito di talune richieste di chiarimenti, è emersa, infine, l'opportunità di precisare alcuni passaggi stabiliti al punto 8) della DGR n. 195 del 31/1/2012 e s.m.i., ove si è prevista e disciplinata la fase transitoria tra il precedente ed il nuovo regime di accreditamento.

Nello specifico, si rappresenta innanzitutto che il termine "assegnazione di attività" va inteso come sinonimo di approvazione dell'attività, ovvero coincidente con il provvedimento con il quale l'Amministrazione di riferimento, all'esito della valutazione effettuata, approva il progetto formativo e contestualmente impegna le risorse finalizzate alla realizzazione dello stesso.

Coerentemente con ciò e nell'interesse prioritario dell'utenza, al penultimo paragrafo dello stesso punto 8, l'automatica revoca dell'accREDITAMENTO non può avere effetto:

- a) sia nel caso in cui l'organismo formativo accreditato secondo la precedente normativa abbia già presentato domanda di accREDITAMENTO secondo la nuova disciplina; comunque, in caso di intervenuto rigetto della stessa, si sia avvalso della facoltà prevista al punto 5.1 (pag. 21) delle Linee –Guida di presentare una seconda istanza entro 30 gg. dalla data del provvedimento definitivo di rigetto della prima istanza.
- b) sia nel caso in cui, anche indipendentemente dalla presentazione di detta istanza, risultino in corso, o comunque ad oggi assegnate, attività formative.

Nel suddetto quadro interpretativo, le due opzioni sopra prospettate debbono quindi intendersi come tra loro alternative.

Inoltre, sempre nell'interesse dell'utenza, in coerenza con i suddetti principi e nel rispetto del criterio di economicità procedimentale, emerge anche l'esigenza di definire in questa sede l'ipotesi - prevista nei diversi Avvisi emanati durante il periodo transitorio - di consentire la presentazione di proposte formative anche agli organismi non già accreditati secondo la previgente disciplina che abbiano presentato candidatura di accREDITAMENTO in attuazione dell'avviso approvato con atto dirigenziale n.1191 del 09-07-12 (Avviso 2 fase candidatura ACCR) - (BURP n.102 del 12-07-12) e siano in attesa dell'esito dell'istruttoria della propria domanda. Poiché, infatti, come precisato nei suddetti Avvisi, "per i soggetti nella situazione sopra descritta che si collocheranno in posizione utile in graduatoria, la sottoscrizione dell'atto unilaterale d'obbligo o della convenzione sarà subordinata all'esito positivo dell'istruttoria sopra menzionata", anche in questa ipotesi (riguardante nella prassi i c.d. soggetti "accREDITANDI") risulta opportuno precisare che, qualora nelle more della valutazione dei progetti da parte dell'amministrazione che ha emanato l'Avviso o della sottoscrizione della convenzione/ atto unilaterale d'obbligo, dovesse intervenire un provvedimento di rigetto della domanda di accREDITAMENTO presentata da tali soggetti accREDITANDI, tale ultima circostanza in sé considerata non può pregiudicare la candidatura per la proposta formativa, né un'eventuale collocazione in posizione utile della stessa proposta all'interno della graduatoria, in quanto, ai sensi del punto 5.1 delle Linee guida, è data facoltà agli organismi formativi di presentare una seconda istanza di accREDITAMENTO.

Tuttavia, poiché in sede di stipulazione della convenzione/atto unilaterale d'obbligo è necessario che l'istruttoria della domanda di accREDITAMENTO abbia comunque conseguito un esito positivo, per evitare dilatazioni temporali delle valutazioni in corso o dell'iter successivo alla pubblicazione della graduatoria, anche in questa ipotesi il termine per la presentazione della seconda domanda di accREDITAMENTO non può superare 30 gg dalla data di pubblicazione del provvedimento di rigetto.



*Progetto nuova sede Consiglio Regionale*



**BOLLETTINO**  **UFFICIALE**  
**DELLA REGIONE PUGLIA**

*Direzione e Redazione:* Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 0805406317 - 6372 / fax 0805406379

*Abbonamenti:* 0805406376

*Sito internet:* <http://www.regione.puglia.it>

*e-mail:* [burp@regione.puglia.it](mailto:burp@regione.puglia.it)

*Direttore Responsabile*    **Dott. Antonio Dell'Era**